AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Abril
2021
1/2

Convênio nº 00004/2021

Promissão

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

AHBB | REDE SANTA CASA

ANEXO

REPASSES AO TERCEIRO SETOR

DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS - AUXÍLIOS / SUBVENÇÕES / CONTRIBUIÇÕES

ÓRGÃO CONCESSOR: GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
TIPO DE CONCESSÃO: (1)
OBJETO DO CONTRATO DE GESTÃO: O presente CONVÊNIO tem por objetivo promover o fortalecimento do desenvolvimento das ações e serviços de assistência à saúde, prestados aos usuários do SUS na região.
EXERCÍCIO: 2021
ENTIDADE CONVENIADA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
ENDEREÇO e CEP: RUA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JD ARIANO - LINS/SP CEP.: 16400-400
RESPONSÁVEL(IS) PELA ENTIDADE: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO
VALOR TOTAL RECEBIDO: R$ 656.815,50 (seiscentos e cinquenta e seis mil oitocentos e quinze reais e cinquenta centavos)
ORIGEM DOS RECURSOS (1): Estadual

DEMONSTRATIVO DOS REPASSES PUBLICOS RECEBIDOS

DATA PREVISTA PARA O REPASSE (2)	VALORES PREVISTOS (R$)	DATA DO REPASSE	NÚMERO DO DOCUMENTO DE CRÉDITO	VALORES REPASSADOS (R$)
07/04/2021	R$ 328.407,75	07/04/2021	Transf. Bancária	R$ 328.407,75
			RECEITA COM APLICAÇÕES FINANCEIRAS DOS REPASSES PÚBLICOS	R$ -
			SALDO MÊS ANTERIOR	R$ 880.823,21
			TOTAL	R$ 1.209.230,96
			RECURSOS PRÓPRIOS APLICADOS PELA ENTIDADE	

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS REALIZADAS

CATEGORIA OU FINALIDADE DA DESPESA	PERÍODO DE REALIZAÇÃO	ORIGEM RECURSO	VALOR APLICADO R$
MANUTENÇÃO/CUSTEIO	01/04/2021 a 30/04/2021	MUNICIPAL	R$ 328.407,75
MANUTENÇÃO/CUSTEIO		PRÓPRIO	R$ -
		TOTAL DAS DESPESAS	R$ 508.388,37
		RECURSO PÚBLICO NÃO APLICADO	R$ 700.842,59
		VALOR DEVOLVIDO AO ÓRGÃO CONCESSOR	R$ -
		VALOR AUTORIZADO PARA APLICAÇÃO NO EXERCÍCIO SEGUINTE	R$ 700.842,59

extrato R$ 700.842,68

-R$ 0,09

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

DEMONSTRATIVO DAS DESPESAS INCORRIDAS NO EXERCÍCIO

Nº	DATA DO DOCUMENTO	Nº NOTA FISCAL	CREDOR	NATUREZA DA DESPESA RESUMIDAMENTE			MULTAS/JUROS		VALOR PAGO	Nº DOCUMENTO	DATA DA COMPENSAÇÃO
1	03/03/2021	Nota Fiscal nº162496	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	296,00	R$ -	R$	296,00	40.101	01/04/2021
2	02/03/2021	Nota Fiscal nº 3383	Drogaria Geral de Promissão Ltda	Medicamentos/Material médico e hospit	R$	301,80	R$ -	R$	301,80	550.148.000.005.406	06/04/2021
3	06/04/2021	Holerite	Luiz Gustavo de Azevedo	Recursos humanos (5)	R$	1.215,02	R$ -	R$	1.215,02	550.148.000.026.572	06/04/2021
4	01/04/2021	Nota Fiscal nº 197	[illegible]	recursos humanos (6)	R$	20.000,00	R$ -	R$	20.000,00	40.601	06/04/2021
5	09/03/2021	Nota Fiscal nº 484675	União Química Farmaceutica Nacional S/A	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	957,00	R$ -	R$	957,00	40.602	06/04/2021
6	10/03/2021	Nota Fiscal nº 277355	Londricior Com de Mat Hospitalar Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	5.119,40	R$ -	R$	5.119,40	40.603	06/04/2021
7	09/03/2021	Nota Fiscal nº 162976	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	140,80	R$ -	R$	140,80	40.604	06/04/2021
8	03/03/2021	Nota Fiscal nº 132030	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	680,00	R$ 8,16	R$	688,16	40.605	06/04/2021
9	04/03/2021	Nota Fiscal nº 2207385	CM Hospitalar S.A	Medicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	7.200,00	R$ 158,40	R$	7.358,40	40.606	06/04/2021
10	04/03/2021	Nota Fiscal nº 2207427	CM Hospitalar S.A	Medicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	3.600,00	R$ 79,20	R$	3.679,20	40.607	06/04/2021
11	06/04/2021	10	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	100,00	R$ -	R$	100,00	10	06/04/2021
12	06/04/2021	820.960.903.811.296	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	60,00	R$ -	R$	60,00	820.960.903.811.296	06/04/2021
13	07/04/2021	Holerite	Eduardo Lopes dos Santos	Recursos humanos (5)	R$	1.718,20	R$ -	R$	1.718,20	550.148.000.107.117	07/04/2021
14	07/04/2021	Holerite	Adriana Simone de Moraes	Recursos humanos (5)	R$	1.035,13	R$ -	R$	1.035,13	5.319	07/04/2021
15	07/04/2021	Holerite	Andre Luiz de Oliveira	Recursos humanos (5)	R$	3.505,21	R$ -	R$	3.505,21	5.319	07/04/2021
16	07/04/2021	Holerite	Antonio Marcos Esteves	Recursos humanos (5)	R$	2.268,01	R$ -	R$	2.268,01	5.319	07/04/2021
17	07/04/2021	Holerite	Aparecida Cardoso do Nascimento	Recursos humanos (5)	R$	1.982,83	R$ -	R$	1.982,83	5.319	07/04/2021
18	07/04/2021	Holerite	Aretuza Fernandes de Castro	Recursos humanos (5)	R$	3.645,25	R$ -	R$	3.645,25	5.319	07/04/2021
19	07/04/2021	Holerite	Beatriz Santos Ramos	Recursos humanos (5)	R$	1.636,70	R$ -	R$	1.636,70	5.319	07/04/2021
20	07/04/2021	Holerite	Cristiana Aranha	Recursos humanos (5)	R$	1.151,68	R$ -	R$	1.151,68	5.319	07/04/2021
21	07/04/2021	Holerite	Eduarda Lucio Gabilo Sandes	Recursos humanos (5)	R$	954,87	R$ -	R$	954,87	5.319	07/04/2021
22	07/04/2021	Holerite	Fabiana Xavier dos Santos	Recursos humanos (5)	R$	8,75	R$ -	R$	8,75	5.319	07/04/2021
23	07/04/2021	Holerite	Gislaine Cristina Herreira	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$	1.559,41	5.319	07/04/2021
24	07/04/2021	Holerite	Guilherme Henrique Costa	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$	1.559,41	5.319	07/04/2021
25	07/04/2021	Holerite	Guilherme Tavares Gonçalves	Recursos humanos (5)	R$	1.860,16	R$ -	R$	1.860,16	5.319	07/04/2021
26	07/04/2021	Holerite	Karina Zimiani Donalonso	Recursos humanos (5)	R$	4.740,16	R$ -	R$	4.740,16	5.319	07/04/2021
27	07/04/2021	Holerite	Larissa de Souza Rodrigues	Recursos humanos (5)	R$	973,37	R$ -	R$	973,37	5.319	07/04/2021
28	07/04/2021	Holerite	Lidiane Merce da Silva Leal	Recursos humanos (5)	R$	3.449,48	R$ -	R$	3.449,48	5.319	07/04/2021
29	07/04/2021	Holerite	Luzia de Almeida Pereira	Recursos humanos (5)	R$	2.771,37	R$ -	R$	2.771,37	5.319	07/04/2021
30	07/04/2021	Holerite	Marcia Aparecida Morilhas	Recursos humanos (5)	R$	2.868,55	R$ -	R$	2.868,55	5.319	07/04/2021
31	07/04/2021	Holerite	Marcia Maria Barbosa	Recursos humanos (5)	R$	1.840,98	R$ -	R$	1.840,98	5.319	07/04/2021
32	07/04/2021	Holerite	Maria Angelica Prado Lamontao	Recursos humanos (5)	R$	2.154,80	R$ -	R$	2.154,80	5.319	07/04/2021
33	07/04/2021	Holerite	Maria Laura Martins	Recursos humanos (5)	R$	3.629,87	R$ -	R$	3.629,87	5.319	07/04/2021
34	07/04/2021	Holerite	Michelle Gouveia Gonçalves	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$	1.559,41	5.319	07/04/2021
35	07/04/2021	Holerite	Odair Campos Pedro	Recursos humanos (5)	R$	1.868,89	R$ -	R$	1.868,89	5.319	07/04/2021
36	07/04/2021	Holerite	Renata Fernandes Carlim	Recursos humanos (5)	R$	677,10	R$ -	R$	677,10	5.319	07/04/2021
37	07/04/2021	Holerite	Renata Ferreira	Recursos humanos (5)	R$	2.484,08	R$ -	R$	2.484,08	5.319	07/04/2021
38	07/04/2021	Holerite	Rogério Teofilo de Abreu	Recursos humanos (5)	R$	1.589,23	R$ -	R$	1.589,23	5.319	07/04/2021
39	07/04/2021	Holerite	Rogério Victor Rosado	Recursos humanos (5)	R$	5.099,03	R$ -	R$	5.099,03	5.319	07/04/2021
40	07/04/2021	Holerite	Sandra Regina Correia Balbino	Recursos humanos (5)	R$	3.889,56	R$ -	R$	3.889,56	5.319	07/04/2021
41	07/04/2021	Holerite	Shawana de Souza	Recursos humanos (5)	R$	1.362,80	R$ -	R$	1.362,80	5.319	07/04/2021
42	07/04/2021	12.111.734.560.601	Bloqueio Judicial	outras despesas	R$	101.086,22	R$ -	R$	101.086,22	12.111.734.560.601	07/04/2021
43	07/04/2021	Pagamento	FGTS Arrecadação GRF	Recursos humanos (5)	R$	8.447,27	R$ -	R$	8.447,27	40.701	07/04/2021
44	07/04/2021	Holerite	Alessandra de Macedo	Recursos humanos (5)	R$	2.276,33	R$ -	R$	2.276,33	40.702	07/04/2021
45	07/04/2021	Holerite	Elisa Daniele Martins Castelanelli	Recursos humanos (5)	R$	1.977,41	R$ -	R$	1.977,41	40.703	07/04/2021
46	07/04/2021	Holerite	Gregory Aguiar de Almeida	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$	1.559,41	40.704	07/04/2021
47	07/04/2021	Holerite	Priscilla Christina Costa Dinalli	Recursos humanos (5)	R$	2.517,70	R$ -	R$	2.517,70	40.705	07/04/2021
48	07/04/2021	Holerite	Elisangela Alves da Silva	Recursos humanos (5)	R$	1.208,16	R$ -	R$	1.208,16	40.706	07/04/2021
49	07/04/2021	Holerite	Lazimara Lopes da Silva	Recursos humanos (5)	R$	462,43	R$ -	R$	462,43	40.707	07/04/2021
50	07/04/2021	Holerite	Monica Terruel	Recursos humanos (5)	R$	700,94	R$ -	R$	700,94	40.708	07/04/2021
51	07/04/2021	Holerite	Natalice Overta Novelli Bonfim	Recursos humanos (5)	R$	323,52	R$ -	R$	323,52	40.710	07/04/2021
52	07/04/2021	Holerite	Vagner Roberto Pianta Mariano	Recursos humanos (5)	R$	621,16	R$ -	R$	621,16	40.711	07/04/2021
53	07/04/2021	Holerite	Thaina dos Reis Pio Silva	Recursos humanos (5)	R$	2.195,05	R$ -	R$	2.195,05	40.712	07/04/2021
54	07/04/2021	880.971.003.657.616	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	67,75	R$ -	R$	67,75	880.971.003.657.616	07/04/2021
55	07/04/2021	Nota Fiscal nº 11605	Dinamica Mercantil Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.047,50	R$ -	R$	2.047,50	40.801	08/04/2021
56	07/04/2021	Nota Fiscal nº 22	Silvia H G Martins	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	14.100,00	R$ -	R$	14.100,00	40.802	08/04/2021
57	08/04/2021	Nota Fiscal nº 119	Ronaldo Luciano da Silva	Outros serviços de terceiros	R$	450,00	R$ -	R$	450,00	556.600.000.009.819	09/04/2021
58	01/04/2021	Rescisão	Guilherme Tavares Gonçalves	Recursos humanos (5)	R$	729,83	R$ -	R$	729,83	2.988	09/04/2021
59	09/04/2021	820.990.904.145.260	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	95,20	R$ -	R$	95,20	820.990.904.145.260	09/04/2021
60	30/03/2021	Nota Fiscal nº 52712638	Fit Telecom Ltda	Utilidades públicas (7)	R$	179,90	R$ -	R$	179,90	41.201	12/04/2021
61	16/03/2021	Nota Fiscal nº 1442453	Thomson Reuters Brasil	Locações diversas	R$	2.339,80	R$ -	R$	2.339,80	41.202	12/04/2021
62	10/04/2021	Nota Fiscal nº 57532418	Fit Telecom Ltda	Utilidades públicas (7)	R$	20,40	R$ -	R$	20,40	41.203	12/04/2021
63	10/04/2021	Nota Fiscal nº 57532431	Fit Telecom Ltda	Utilidades públicas (7)	R$	10,00	R$ -	R$	10,00	41.204	12/04/2021
64	24/02/2021	Nota Fiscal nº 73237	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda Eeo	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.714,10	R$ -	R$	1.714,10	41.205	12/04/2021
65	15/03/2021	Nota Fiscal nº 14818	Cirurgica Neves Ltda - EPP	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.235,00	R$ -	R$	1.235,00	41.206	12/04/2021
66	15/03/2021	Nota Fiscal nº 8022	Samtronic Industria e Comercio Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	5.093,11	R$ -	R$	5.093,11	41.207	12/04/2021
67	25/02/2021	Nota Fiscal nº 27477990	Tiskot Serviços S.A	Recursos humanos (5)	R$	16.978,78	R$ 908,36	R$	17.887,14	41.208	12/04/2021
68	25/02/2021	Nota Fiscal nº 27477987	Tiskot Serviços S.A	Recursos humanos (5)	R$	797,95	R$ 42,69	R$	840,64	41.209	12/04/2021
69	13/04/2021	Nota Fiscal nº 628778	[illegible]	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	7.044,00	R$ -	R$	7.044,00	554.044.000.013.845	13/04/2021
70	01/04/2021	Férias	Maria Angelica Prado Lamontao	Recursos humanos (5)	R$	3.650,29	R$ -	R$	3.650,29	1.685	13/04/2021
71	09/04/2021	Nota Fiscal nº 422	Winter - Gestão e Consultoria Médica	Serviços médicos (*)	R$	87.802,50	R$ -	R$	87.802,50	41.301	13/04/2021
72	13/04/2021	821.030.903.322.603	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	3,40	R$ -	R$	3,40	821.030.903.322.603	13/04/2021
73	14/04/2021	12.113.014.200.501	Bloqueio Judicial	outras despesas	R$	3,40	R$ -	R$	3,40	12.113.014.200.501	14/04/2021
74	29/04/2021	Nota Fiscal nº 1010266	Servimed Comercial Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	4.199,00	R$ -	R$	4.199,00	551.916.000.007.251	15/04/2021
75	20/04/2021	Nota Fiscal nº 12192	Go.Med Distr. De Medicamentos Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	4.950,00	R$ -	R$	4.950,00	554.534.000.019.926	15/04/2021
76	15/04/2021	Holerite	Jorge Luiz de Moura Barreto	Recursos humanos (5)	R$	1.559,41	R$ -	R$	1.559,41	41.501	15/04/2021
77	01/04/2021	Nota Fiscal nº 115	ECQ Serviços Tecnicos Eireli	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	4.865,23	R$ -	R$	4.865,23	41.502	15/04/2021
78	17/03/2021	Nota Fiscal nº 163287	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	227,00	R$ -	R$	227,00	41.503	15/04/2021
79	16/03/2021	Nota Fiscal nº 132673	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	680,00	R$ -	R$	680,00	41.504	15/04/2021
80	31/03/2021	Nota Fiscal nº 2592	Grafica Modelo de Promissão Ltda	Outros serviços de terceiros	R$	490,00	R$ -	R$	490,00	41.505	15/04/2021
81	18/03/2021	Nota Fiscal nº 2907763	Cristalia Prod Quim e Farmaceuticos Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	3.750,00	R$ -	R$	3.750,00	41.506	15/04/2021
82	15/04/2021	821.050.902.663.404	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	3,40	R$ -	R$	3,40	821.050.902.663.404	15/04/2021
83	15/04/2021	Nota Fiscal nº 1495	Unilab Laboratório de Analises Clinicas de Lins	Serviços médicos (*)	R$	3.381,87	R$ -	R$	3.381,87	550.058.000.072.625	19/04/2021
84	01/04/2021	Rescisão	Rogério Victor Rosado	Recursos humanos (5)	R$	12.583,89	R$ -	R$	12.583,89	550.148.000.020.724	19/04/2021
85	03/03/2021	Nota Fiscal nº 1405284	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	696,13	R$ -	R$	696,13	41.901	19/04/2021
86	03/03/2021	Nota Fiscal nº 1405262	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	1.051,92	R$ -	R$	1.051,92	41.902	19/04/2021
87	05/03/2021	Nota Fiscal nº 43262	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	5.320,00	R$ -	R$	5.320,00	41.903	19/04/2021
88	19/04/2021	Pagamento	FGTS Arrecadação GRF	Recursos humanos (5)	R$	6.369,76	R$ -	R$	6.369,76	41.904	19/04/2021
89	20/04/2021	Cód. Receita 5952	Ministério da Fazenda	Serviços médicos (*)	R$	9.013,39	R$ -	R$	9.013,39	41.905	19/04/2021
90	20/04/2021	Cód. Receita 1708	Ministério da Fazenda	Serviços médicos (*)	R$	2.907,55	R$ -	R$	2.907,55	41.906	19/04/2021
91	06/04/2021	Nota Fiscal nº 1942	Destra - Apoio em Prev em Seg Trabalho Ltda	Outros serviços de terceiros	R$	1.173,12	R$ -	R$	1.173,12	41.907	19/04/2021
92	23/03/2021	Nota Fiscal nº 1413444	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	2.763,45	R$ -	R$	2.763,45	41.908	19/04/2021
93	22/03/2021	Nota Fiscal nº 132959	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.020,00	R$ -	R$	1.020,00	41.909	19/04/2021
94	16/02/2021	Nota Fiscal nº 1399773	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	fedicamentos/Material médico e hospitalar (	R$	3.269,30	R$ -	R$	3.269,30	41.910	19/04/2021
95	15/04/2021	Nota Fiscal nº 6973-1	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Outros serviços de terceiros	R$	864,00	R$ -	R$	864,00	41.911	19/04/2021
96	23/03/2021	Nota Fiscal nº 489140	União Química Farmaceutica Nacional S/A	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	957,00	R$ -	R$	957,00	41.912	19/04/2021
97	09/03/2021	Nota Fiscal nº 484675	União Química Farmaceutica Nacional S/A	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	957,00	R$ -	R$	957,00	41.913	19/04/2021
98	20/04/2021	Cód. Receita 0561	Ministério da Fazenda	Serviços médicos (*)	R$	2.055,70	R$ -	R$	2.055,70	41.914	19/04/2021
99	20/04/2021	GPS	Ministério da Previdência Social	Recursos humanos (5)	R$	8.328,58	R$ -	R$	8.328,58	41.915	19/04/2021
100	15/04/2021	Nota Fiscal nº 489140	Ambition Importadora Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.518,00	R$ -	R$	2.518,00	41.916	19/04/2021
101	19/04/2021	Férias	Andre Luiz de Oliveira	Recursos humanos (5)	R$	6.607,86	R$ -	R$	6.607,86	3.866	20/04/2021
102	24/03/2021	Nota Fiscal nº 163682	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	515,00	R$ -	R$	515,00	42.001	20/04/2021
103	25/03/2021	Nota Fiscal nº 132620	Cirurgica Paulista Comercio de Materiais	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	298,00	R$ -	R$	298,00	42.002	20/04/2021
104	25/03/2021	Nota Fiscal nº 490177	União Química Farmaceutica Nacional S/A	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	748,44	R$ -	R$	748,44	42.003	20/04/2021
105	14/04/2021	Nota Fiscal nº 138303	Ambition Importadora Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	3.222,00	R$ -	R$	3.222,00	42.004	20/04/2021
106	22/04/2021	Nota Fiscal nº 139130	Ambition Importadora Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	6.000,00	R$ -	R$	6.000,00	553.222.000.107.008	22/04/2021
107	27/04/2021	Nota Fiscal nº 201245	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hosmt. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	5.502,64	R$ -	R$	5.502,64	553.357.000.005.329	26/04/2021
108	15/03/2021	Nota Fiscal nº 18743	Epimed Solutions Tecnologia de Informações Medicos Ltda Me	Outros serviços de terceiros	R$	2.426,18	R$ -	R$	2.426,18	42.601	26/04/2021
109	30/03/2021	Nota Fiscal nº 1416485	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.754,34	R$ -	R$	2.754,34	42.602	26/04/2021
110	26/04/2021	821.160.904.867.096	Tarifa Bancária	Despesas financeiras e bancárias	R$	3,40	R$ -	R$	3,40	821.160.904.867.096	26/04/2021
111	26/04/2021	Nota Fiscal nº121	Ronaldo Luciano da Silva	Outros serviços de terceiros	R$	412,50	R$ -	R$	412,50	556.600.000.009.819	28/04/2021
112	27/04/2021	Nota Fiscal nº28	Silvia H G Martins	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	6.090,00	R$ -	R$	6.090,00	42.801	28/04/2021

115	30/03/2021	Nota Fiscal nº163932	Biripel Embalagens Ltda	Outros materiais de consumo	R$	284,00	R$	-	R$	284,00	42.802	28/04/2021
116	31/03/2021	Nota Fiscal nº1417009	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	518,04	R$	-	R$	518,04	42.803	28/04/2021
117	31/03/2021	Nota Fiscal nº1416869	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	567,07	R$	-	R$	567,07	42.804	28/04/2021
118	31/03/2021	Nota Fiscal nº190940	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hosnit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.483,48	R$	-	R$	2.483,48	42.805	28/04/2021
119	31/03/2021	Nota Fiscal nº190926	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hosnit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.026,33	R$	-	R$	1.026,33	42.806	28/04/2021
120	31/03/2021	Nota Fiscal nº507658	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hosnit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	616,42	R$	-	R$	616,42	42.807	28/04/2021
121	31/03/2021	Nota Fiscal nº14928	Cirurgica Neves Ltda - EPP	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.272,50	R$	-	R$	1.272,50	42.808	28/04/2021
122	31/03/2021	Nota Fiscal nº507655	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hosnit. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	2.594,17	R$	-	R$	2.594,17	42.809	28/04/2021
123	30/03/2021	Nota Fiscal nº163372	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.358,35	R$	-	R$	1.358,35	42.810	28/04/2021
124	30/03/2021	Nota Fiscal nº1171134	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	220,67	R$	-	R$	220,67	42.811	28/04/2021
125	19/04/2021	Nota Fiscal nº7132	João Bosco Ferrara Me	Locações diversas	R$	500,00	R$	-	R$	500,00	42.812	28/04/2021
126	31/03/2021	Nota Fiscal nº 163471	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.400,00	R$	-	R$	1.400,00	42.813	28/04/2021
127	16/03/2021	Nota Fiscal nº 583544	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	900,96	R$	-	R$	900,96	42.814	28/04/2021
128	16/03/2021	Nota Fiscal nº 1410649	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Medicamentos/Material médico e hospitalar (*)	R$	1.576,64	R$	-	R$	1.576,64	42.815	28/04/2021
129	28/04/2021	Nota Fiscal nº 13025	Calejon & Calejon Ltda	Recursos humanos (5)	R$	85,05	R$	-	R$	85,05	42.816	28/04/2021
		TOTAL			R$	507.191,56	R$	1.196,81	R$	508.388,37		

(1) Auxílio, subvenção ou contribuição.

(2) Origem dos recursos: federal, estadual ou municipal, devendo ser elaborado um Anexo para cada fonte de recurso.

(3) Notas Fiscais e recibos.

(4) No rol das despesas incluir também os gastos que não são classificados contabilmente como DESPESAS, como, por exemplo, aquisição de bens permanentes.

Declaro(amos), na qualidade de responsável(is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada, examinada pelo Conselho Fiscal, comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins

Promissão, 10 de Maio de 2021.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

AHBB – Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
Sede Administrativa: Av. José Ariano Rodrigues, 303 – Jd. Ariano – Lins/SP - CEP: 16400 – 400 Tel.: +55 14 3532 5198
www.ahbb.org.br

Recursos humanos (5)	R$	145.991,14
Recursos humanos (6)	R$	20.000,00
Medicamentos/Material médico e hospitalar	R$	125.464,75
Gêneros alimentícios	R$	-
Outros materiais de consumo	R$	1.462,80
Serviços médicos (*)	R$	105.161,01
Outros serviços de terceiros	R$	5.815,80
Locação de imóveis	R$	-
Locações diversas	R$	2.839,80
Utilidades públicas (7)	R$	210,30
Combustível	R$	-
Bens e materiais permanentes	R$	-
Obras	R$	-
Despesas financeiras e bancárias	R$	333,15
Outras despesas	R$	101.089,62
	R$	508.388,37

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
CNPJ: 45.349.461/0001-02
Período 01/04/2021 a 30/04/2021
Convênio Promissão
Convênio nº 00004/2021

Banco Do Brasil
Ag: 148-1
CC: 38500-X

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercicio
		BANCO DO BRASIL			
31/03/2021	**Saldo Anterior**	R$ -			R$ -
01/04/2021	Devolução AHBB Sede			R$ 296,00	R$ 296,00
01/04/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº162496	R$ 296,00		R$ -
06/04/2021	Devolução AHBB Sede			R$ 39.619,78	R$ 39.619,78
06/04/2021	Drogaria Geral de Promissão Ltda	Nota Fiscal nº 3383	R$ 301,80		R$ 39.317,98
06/04/2021	Luiz Gustavo de Azevedo	Holerite	R$ 1.215,02		R$ 38.102,96
06/04/2021	Gestare Serviços Combinados de Escritório Ltda	Nota Fiscal nº 197	R$ 20.000,00		R$ 18.102,96
06/04/2021	União Quimica Farmaceutica Nacional S/A	Nota Fiscal nº 484675	R$ 957,00		R$ 17.145,96
06/04/2021	Londricir Com de Mat Hospitalar Ltda	Nota Fiscal nº 277355	R$ 5.119,40		R$ 12.026,56
06/04/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 162976	R$ 140,80		R$ 11.885,76
06/04/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 132030	R$ 688,16		R$ 11.197,60
06/04/2021	CM Hospitalar S.A	Nota Fiscal nº 2207385	R$ 7.358,40		R$ 3.839,20
06/04/2021	CM Hospitalar S.A	Nota Fiscal nº 2207427	R$ 3.679,20		R$ 160,00
06/04/2021	Tarifa Bancária	10	R$ 100,00		R$ 60,00
06/04/2021	Tarifa Bancária	820.960.903.811.296	R$ 60,00		R$ 0,00
07/04/2021	Ted Devolvida-Jorge Luiz de Moura	200.011		R$ 1.559,41	R$ 1.559,41
07/04/2021	Repasse Público			R$ 328.407,75	R$ 329.967,16
07/04/2021	Repasse Público Convênio Leonor			R$ 403.460,64	R$ 733.427,80
07/04/2021	Eduardo Lopes dos Santos	Holerite	R$ 1.718,20		R$ 731.709,60
07/04/2021	Transferencia AHBB Sede		R$ 544.580,75		R$ 187.128,85
07/04/2021	Adriana Simone de Moraes	Holerite	R$ 1.035,13		R$ 186.093,72
07/04/2021	Andre Luiz de Oliveira	Holerite	R$ 3.505,21		R$ 182.588,51
07/04/2021	Antonio Marcos Esteves	Holerite	R$ 2.268,01		R$ 180.320,50
07/04/2021	Aaparecida Cardoso do Nascimento	Holerite	R$ 1.982,83		R$ 178.337,67
07/04/2021	Aretuza Fernandes de Castro	Holerite	R$ 3.645,25		R$ 174.692,42
07/04/2021	Beatriz Santos Ramos	Holerite	R$ 1.636,70		R$ 173.055,72
07/04/2021	Cristiana Aranha	Holerite	R$ 1.151,68		R$ 171.904,04
07/04/2021	Eduarda Lucio Gabilo Sandes	Holerite	R$ 954,87		R$ 170.949,17
07/04/2021	Fabiana Xavier dos Santos	Holerite	R$ 8,75		R$ 170.940,42
07/04/2021	Gislaine Cristina Herreira	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 169.381,01
07/04/2021	Guilherme Henrique Costa	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 167.821,60
07/04/2021	Guilherme Tavares Gonçalves	Holerite	R$ 1.860,16		R$ 165.961,44
07/04/2021	Karina Zimiani Donalonso	Holerite	R$ 4.740,16		R$ 161.221,28
07/04/2021	Larissa de Souza Rodrigues	Holerite	R$ 973,37		R$ 160.247,91
07/04/2021	Lidiane Merce da Silva Leal	Holerite	R$ 3.449,48		R$ 156.798,43
07/04/2021	Luzia de Almeida Pereira	Holerite	R$ 2.771,37		R$ 154.027,06
07/04/2021	Marcia Aparecida Morilhas	Holerite	R$ 2.868,55		R$ 151.158,51
07/04/2021	Marcia Maria Barbosa	Holerite	R$ 1.840,98		R$ 149.317,53
07/04/2021	Maria Angelica Prado Lamontao	Holerite	R$ 2.154,80		R$ 147.162,73
07/04/2021	Maria Laura Martins	Holerite	R$ 3.629,87		R$ 143.532,86
07/04/2021	Michelle Gouveia Gonçalves	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 141.973,45
07/04/2021	Odair Campos Pedro	Holerite	R$ 1.868,89		R$ 140.104,56
07/04/2021	Renata Fernandes Carlim	Holerite	R$ 677,10		R$ 139.427,46
07/04/2021	Renata Ferreira	Holerite	R$ 2.484,08		R$ 136.943,38
07/04/2021	Rogério Teofilo de Abreu	Holerite	R$ 1.589,23		R$ 135.354,15
07/04/2021	Rogério Victor Rosado	Holerite	R$ 5.099,03		R$ 130.255,12
07/04/2021	Sandra Regina Correia Balbino	Holerite	R$ 3.889,56		R$ 126.365,56
07/04/2021	Shawana de Souza	Holerite	R$ 1.362,80		R$ 125.002,76
07/04/2021	Bloqueio Judicial	12.111.734.560.601	R$ 101.086,22		R$ 23.916,54
07/04/2021	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R$ 8.447,27		R$ 15.469,27
07/04/2021	Alessandra de Macedo	Holerite	R$ 2.276,33		R$ 13.192,94
07/04/2021	Elisa Daniele Martins Castelanelli	Holerite	R$ 1.977,41		R$ 11.215,53
07/04/2021	Gregory Aguiar de Almeida	Holerite	R$ 1.559,41		R$ 9.656,12
07/04/2021	Priscilla Christina Costa Dinalli	Holerite	R$ 2.517,70		R$ 7.138,42
07/04/2021	Elisangela Alves da Silva	Holerite	R$ 1.208,16		R$ 5.930,26
07/04/2021	Luzimara Lopes da Silva	Holerite	R$ 462,43		R$ 5.467,83
07/04/2021	Monica Terruel	Holerite	R$ 700,94		R$ 4.766,89
07/04/2021	Pagamento Jorge Luiz (foi estornado)		R$ 1.559,41		R$ 3.207,48
07/04/2021	Natalice Overta Novelli Bonfim	Holerite	R$ 323,52		R$ 2.883,96
07/04/2021	Vagner Roberto Pianta Mariano	Holerite	R$ 621,16		R$ 2.262,80
07/04/2021	Thaina dos Reis Pio Silva	Holerite	R$ 2.195,05		R$ 67,75
07/04/2021	Tarifa Bancária	880.971.003.657.616	R$ 67,75		R$ 0,00
08/04/2021	Transferencia AHBB Sede			R$ 16.147,50	R$ 16.147,50
08/04/2021	Dinamica Mercantil Ltda	Nota Fiscal nº 11605	R$ 2.047,50		R$ 14.100,00
08/04/2021	Silvia H G Martins	Nota Fiscal nº 22	R$ 14.100,00		R$ 0,00
09/04/2021	Devolução AHBB Sede			R$ 404.735,67	R$ 404.735,67
09/04/2021	Transferencia AHBB Sede Convênio Leonor		R$ 403.460,64		R$ 1.275,03
09/04/2021	Ronaldo Luciano da Silva	Nota Fiscal nº 119	R$ 450,00		R$ 825,03
09/04/2021	Guilherme Tavares Gonçalves	Rescisão	R$ 729,83		R$ 95,20
09/04/2021	Desbloqueio Judicial			R$ 101.086,22	R$ 101.181,42
09/04/2021	Bloqueio Judicial		R$ 101.086,22		R$ 95,20
12/04/2021	Devolução AHBB Sede			R$ 29.320,09	R$ 29.415,29
09/04/2021	Tarifa Bancária	820.990.904.145.260	R$ 95,20		R$ 29.320,09
12/04/2021	Fit Telecom Ltda	Nota Fiscal nº 52712638	R$ 179,90		R$ 29.140,19
12/04/2021	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1442453	R$ 2.339,80		R$ 26.800,39
12/04/2021	Fit Telecom Ltda	Nota Fiscal nº 57532418	R$ 20,40		R$ 26.779,99
12/04/2021	Fit Telecom Ltda	Nota Fiscal nº 57532431	R$ 10,00		R$ 26.769,99
12/04/2021	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda Epp	Nota Fiscal nº 73237	R$ 1.714,10		R$ 25.055,89
12/04/2021	Cirurgica Neves Ltda - EPP	Nota Fiscal nº 14818	R$ 1.235,00		R$ 23.820,89
12/04/2021	Samtronic Industria e Comercio Ltda	Nota Fiscal nº 8022	R$ 5.093,11		R$ 18.727,78

12/04/2021	Ticket Serviços S.A	Nota Fiscal nº 27477990	R$	17.887,14		R$	840,64
12/04/2021	Ticket Serviços S.A	Nota Fiscal nº 27477987	R$	840,64		R$	0,00
13/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 7.047,40	R$	7.047,40
13/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 91.456,19	R$	98.503,59
13/04/2021	Medilar Import e Distr de Produtos Medico Hosp	Nota Fiscal nº 628778	R$	7.044,00		R$	91.459,59
13/04/2021	Maria Angelica Prado Lamontao	Férias	R$	3.650,29		R$	87.809,30
13/04/2021	Winter - Gestão e Consultoria Médica	Nota Fiscal nº 422	R$	87.802,50		R$	6,80
13/04/2021	Tarifa Bancária	821.030.903.322.603	R$	3,40		R$	3,40
14/04/2021	Bloqueio Judicial	12.113.014.200.501	R$	3,40		R$	0,00
15/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 16.525,04	R$	16.525,04
15/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 4.199,00	R$	20.724,04
15/04/2021	Servimed Comercial Ltda	Nota Fiscal nº 1010266	R$	4.199,00		R$	16.525,04
15/04/2021	Go.Med Distr. De Medicamentos Ltda	Nota Fiscal nº 12192	R$	4.950,00		R$	11.575,04
15/04/2021	Jorge Luiz de Moura Barreto	Holerite	R$	1.559,41		R$	10.015,63
15/04/2021	ECQ Serviços Tecnicos Eireli	Nota Fiscal nº 115	R$	4.865,23		R$	5.150,40
15/04/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 163287	R$	227,00		R$	4.923,40
15/04/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 132673	R$	680,00		R$	4.243,40
15/04/2021	Grafica Modelo de Promissão Ltda	Nota Fiscal nº 2592	R$	490,00		R$	3.753,40
15/04/2021	Cristalia Prod Quim e Farmaceuticos Ltda	Nota Fiscal nº 2907763	R$	3.750,00		R$	3,40
15/04/2021	Tarifa Bancária	821.050.902.663.404	R$	3,40		R$	0,00
19/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 65.230,66	R$	65.230,66
19/04/2021	Unilab Laboratório de Analises Clinicas de Lins	Nota Fiscal nº 1495	R$	3.381,87		R$	61.848,79
19/04/2021	Rogério Victor Rosado	Rescisão	R$	12.583,89		R$	49.264,90
19/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1405284	R$	696,13		R$	48.568,77
19/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1405262	R$	1.051,92		R$	47.516,85
19/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 43262	R$	5.320,00		R$	42.196,85
19/04/2021	FGTS Arrecadação GRF	Pagamento	R$	6.369,76		R$	35.827,09
19/04/2021	Ministério da Fazenda	Cód. Receita 5952	R$	9.013,39		R$	26.813,70
19/04/2021	Ministério da Fazenda	Cód. Receita 1708	R$	2.907,55		R$	23.906,15
19/04/2021	Destra - Apoio em Prev em Seg Trabalho Ltda	Nota Fiscal nº 1942	R$	1.173,12		R$	22.733,03
19/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1413444	R$	2.763,45		R$	19.969,58
19/04/2021	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 132959	R$	1.020,00		R$	18.949,58
19/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1399773	R$	3.269,30		R$	15.680,28
19/04/2021	Sinconecta - Tecnologia de Informações	Nota Fiscal nº 6973-1	R$	864,00		R$	14.816,28
19/04/2021	União Quimica Farmaceutica Nacional S/A	Nota Fiscal nº 489140	R$	957,00		R$	13.859,28
19/04/2021	União Quimica Farmaceutica Nacional S/A	Nota Fiscal nº 484675	R$	957,00		R$	12.902,28
19/04/2021	Ministério da Fazenda	Cód. Receita 0561	R$	2.055,70		R$	10.846,58
19/04/2021	Ministério da Previdência Social	GPS	R$	8.328,58		R$	2.518,00
19/04/2021	Anbition Importadora Ltda	Nota Fiscal nº 489140	R$	2.518,00		R$	0,00
20/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 11.391,30	R$	11.391,30
20/04/2021	Andre Luiz de Oliveira	Férias	R$	6.607,86		R$	4.783,44
20/04/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 163682	R$	515,00		R$	4.268,44
20/04/2021	Cirurgica Paulista Comercio de Materiais	Nota Fiscal nº 132620	R$	298,00		R$	3.970,44
20/04/2021	União Quimica Farmaceutica Nacional S/A	Nota Fiscal nº 490177	R$	748,44		R$	3.222,00
20/04/2021	Anbition Importadora Ltda	Nota Fiscal nº 138303	R$	3.222,00		R$	0,00
22/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 739.435,42	R$	739.435,42
22/04/2021	Transferência AHBB Sede		R$	733.435,42		R$	6.000,00
22/04/2021	Anbition Importadora Ltda	Nota Fiscal nº 139130	R$	6.000,00		R$	-
26/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 5.183,92	R$	5.183,92
26/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 5.502,64	R$	10.686,56
26/04/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 201245	R$	5.502,64		R$	5.183,92
26/04/2021	Epimed Solutions Tecnologia de Informações Medicas Ltda Me	Nota Fiscal nº 18743	R$	2.426,18		R$	2.757,74
26/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1416485	R$	2.754,34		R$	3,40
26/04/2021	Tarifa Bancária	821.160.904.867.096	R$	3,40		R$	0,00
28/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 6.090,00	R$	6.090,00
28/04/2021	Devolução AHBB Sede				R$ 15.816,18	R$	21.906,18
28/04/2021	Ronaldo Luciano da Silva	Nota Fiscal nº121	R$	412,50		R$	21.493,68
28/04/2021	Silvia H G Martins	Nota Fiscal nº28	R$	6.090,00		R$	15.403,68
28/04/2021	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº163932	R$	284,00		R$	15.119,68
28/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº1417009	R$	518,04		R$	14.601,64
28/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº1416869	R$	567,07		R$	14.034,57
28/04/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº190940	R$	2.483,48		R$	11.551,09
28/04/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº190926	R$	1.026,33		R$	10.524,76
28/04/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº507658	R$	616,42		R$	9.908,34
28/04/2021	Cirurgica Neves Ltda - EPP	Nota Fiscal nº14928	R$	1.272,50		R$	8.635,84
28/04/2021	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº507655	R$	2.594,17		R$	6.041,67
28/04/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº163372	R$	1.358,35		R$	4.683,32
28/04/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº1171134	R$	220,67		R$	4.462,65
28/04/2021	João Bosco Ferrara Me	Nota Fiscal nº7132	R$	500,00		R$	3.962,65
28/04/2021	Dupatri Hospitalar Com. Imp. Ext. Ltda	Nota Fiscal nº 163471	R$	1.400,00		R$	2.562,65
28/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 583544	R$	900,96		R$	1.661,69
28/04/2021	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1410649	R$	1.576,64		R$	85,05
28/04/2021	Calejon & Calejon Ltda	Nota Fiscal nº 13025	R$	85,05		-R$	0,00
30/04/2021	Devolução AHBB Sede	553.062.007.004.231			R$ 700.842,68	R$	700.842,68

Promissão, 10 de Maio de 2021.

Responsável pela Conveniada: _____

João Pedro Pinotti Affonso
Diretor Administrativo

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

G3313017060743801
30/04/2021 17:28:35

Cliente - Conta atual

Agência	148-1
Conta corrente	38500-X ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
Período do extrato	Mês atual

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R$	Saldo
31/03/2021		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
01/04/2021		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	296,00 C	
				01/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/04/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.101	296,00 D	0,00 C
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
06/04/2021		3062	99015	870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	39.619,78 C	
				06/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/04/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.005.406	301,80 D	
				06/04 0148 5406-2 DROGARIA GERAL			
06/04/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.026.572	1.215,02 D	
				06/04 0148 26572-1 LUIZ GUSTAVO D			
06/04/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.601	20.000,00 D	
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/04/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.602	957,00 D	
				UNIAO QUIMICA FARM NAC SA			
06/04/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.603	5.119,40 D	
				LONDRICIR COMERCIO DE MATERIAL			
06/04/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.604	140,80 D	
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
06/04/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.605	688,16 D	
				BIOMEDICAL			
06/04/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.606	7.358,40 D	
				CM HOSPITALAR S.A.			
06/04/2021		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.607	3.679,20 D	
				CM HOSPITALAR S.A.			
06/04/2021		0000	13113	170 Tarifa Modulo	10	100,00 D	
				Cobrança referente a 05/04/2021			
06/04/2021		0000	13113	170 Tarifa Modulo	820.960.903.811.296	60,00 D	0,00 C
				Cobrança referente a 05/04/2021			
07/04/2021		0000	14175	983 TED Devolvida	200.011	1.559,41 C	
				AG OU CNT DEST DO CRED INVAL			
07/04/2021		0000	12334	920 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.111.734.560.601	101.086,22 *	
07/04/2021		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.104.060.041.510	328.407,75 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
07/04/2021		0000	14138	632 Ordem Bancária	202.104.060.041.533	403.460,64 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
07/04/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	550.148.000.107.117	1.718,20 D	
				07/04 0148 107117-3 EDUARDO LOPES			
07/04/2021		0148	99015	470 Transferência enviada	553.062.007.004.231	544.580,75 D	
				07/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/04/2021		0000	13134	250 Folha de Pagamento	5.319	62.126,09 D	
07/04/2021		0000	11334	284 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.111.734.560.601	101.086,22 D	
07/04/2021		0000	13105	375 Impostos	40.701	8.447,27 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
07/04/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.702	2.276,33 D	
				341 6413 06720937820 ALESSANDRA DE MAC			
07/04/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.703	1.977,41 D	
				033 0046 36998456808 ELISA DANIELE MAR			
07/04/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.704	1.559,41 D	
				341 0218 40799694819 GREGORY AGUIAR DE			
07/04/2021		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.705	2.517,70 D	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

		033 0046 36183050873 PRISCILLA CHRISTI			
07/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.706	1.208,16 D	
		237 0007 38093623876 ELISANGELA ALVES			
07/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.707	462,43 D	
		104 0329 29431120895 LUZIMARA LOPES DA			
07/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.708	700,94 D	
		341 0460 31159005893 MONICA TERRUEL			
07/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.709	1.559,41 D	
		033 0760 39505873816 JORGE LUIZ DE MOU			
07/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.710	323,52 D	
		033 0629 02945000814 NATALICE OVERTA N			
07/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.711	621,16 D	
		341 0460 34415755801 VAGNER ROBERTO PI			
07/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.712	2.195,05 D	
		341 0460 43246876843 THAINA DOS REIS P			
07/04/2021	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Serviços	880.971.003.657.616	67,75 D	0,00 C
		Cobrança referente a 06/04/2021			
08/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	16.147,50 C	
		08/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
08/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.801	2.047,50 D	
		756 3188 000733472000153 DINAMICA MERC			
08/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.802	14.100,00 D	0,00 C
		218 0001 037846536000132 SILVIA H G MA			
09/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	404.735,67 C	
		09/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	553.576.007.004.195	403.460,64 D	
		09/04 3576 7004195-4 ASSOCIACAO HOS			
09/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	556.600.000.009.819	450,00 D	
		09/04 6600 9819-1 RONALDO LUCIAN			
09/04/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento	2.988	729,83 D	
09/04/2021	0000	11162 631 Desbl Judicial-Bacen Jud	29.300.001	101.086,22 C	
09/04/2021	0000	13373 500 Transf Depósito Judicial	12.111.734.560.601	101.086,22 D	
09/04/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	820.990.904.145.268	95,20 D	0,00 C
		Cobrança referente a 08/04/2021			
12/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	29.320,09 C	
		12/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
12/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.201	179,90 D	
		FIT TELECOM LTDA.			
12/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.202	2.339,80 D	
		THOMSON REUTERS BRAS			
12/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.203	20,40 D	
		FIT TELECOM LTDA.			
12/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.204	10,00 D	
		FIT TELECOM LTDA.			
12/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.205	1.714,10 D	
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
12/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.206	1.235,00 D	
		CIRURGICA NEVES LTDA - EPP			
12/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.207	5.093,11 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
12/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	41.208	17.887,14 D	
		341 0912 047866934000174 TICKET SERVIC			
12/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	41.209	840,64 D	0,00 C
		341 0912 047866934000174 TICKET SERVIC			
13/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	7.047,40 C	
		13/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
13/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	91.456,19 C	
		13/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
13/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	554.044.000.013.845	7.044,00 D	
		13/04 4044 13845-2 MEDILAR PROD M			
13/04/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento	1.685	3.650,29 D	
13/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	41.301	87.802,50 D	
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
13/04/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	821.030.903.322.603	3,40 D	3,40 C
		Cobrança referente a 12/04/2021			

Contrato nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 1316 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
Dispensa de Licitação
Tipo de Despesa: Custeio

14/04/2021	0000	12334 920 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.113.014.200.501		3,40 *	
14/04/2021	0000	11334 284 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.113.014.200.501		3,40 D	0,00 C
15/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		16.525,04 C	
		15/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
15/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		4.199,00 C	
		15/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
15/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	551.916.000.007.251		4.199,00 D	
		15/04 1916 SERVIMED 00000000000000000				
15/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	554.534.000.019.926		4.950,00 D	
		15/04 4534 19926-5 GO.MED D M LTD				
15/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		41.501	1.559,41 D	
		033 0706 39505873816 JORGE LUIZ DE MOU				
15/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.502	4.865,23 D	
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP				
15/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.503	227,00 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
15/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.504	680,00 D	
		BIOMEDICAL				
15/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.505	490,00 D	
		GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA				
15/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.506	3.750,00 D	
		CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT				
15/04/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	821.050.902.663.404		3,40 D	0,00 C
		Cobrança referente a 14/04/2021				
16/04/2021	0000	11162 631 Desbl Judicial-Bacen Jud		29.330.001	3,40 C	
16/04/2021	0000	13373 500 Transf Depósito Judicial	12.113.014.200.501		3,40 D	0,00 C
19/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		65.230,66 C	
		19/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
19/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	550.058.000.072.625		3.381,87 D	
		19/04 0058 72625-7 UNILAB - LABOR				
19/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	550.148.000.020.724		12.583,89 D	
		19/04 0148 20724-1 ROGERIO VICTOR				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.901	696,13 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.902	1.051,92 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.903	5.320,00 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
19/04/2021	0000	13105 375 Impostos		41.904	6.369,76 D	
		FGTS ARREC GRRF				
19/04/2021	0000	13105 375 Impostos		41.905	9.013,39 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -5952				
19/04/2021	0000	13105 375 Impostos		41.906	2.907,55 D	
		DARF - 45.349.461/0001-02 -1708				
19/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		41.907	1.173,12 D	
		341 0220 011814918000190 DESTRA - APOI				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.908	2.763,45 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.909	1.020,00 D	
		BIOMEDICAL				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.910	3.269,30 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.911	864,00 D	
		SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMACAO				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.912	957,00 D	
		UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL S				
19/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		41.913	957,00 D	
		UNIAO QUIMICA FARM NAC SA				
19/04/2021	0000	13105 375 Impostos		41.914	2.055,70 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
19/04/2021	0000	13105 196 INSS Arrecadação		41.915	8.328,58 D	
		GPS- Ident.: 45349461000536 - 03/2021				
19/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		41.916	2.518,00 D	0,00 C
		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO				
20/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		11.391,30 C	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

		20/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
20/04/2021	0000	13134 250 Folha de Pagamento		3.866	6.607,86 D	
20/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.001	515,00 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
20/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.002	298,00 D	
		CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATERIA				
20/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.003	748,44 D	
		UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL S				
20/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		42.004	3.222,00 D	0,00 C
		341 0554 011260846000187 ANBIOTON IMPO				
22/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		739.435,42 C	
		22/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
22/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	553.062.007.004.231		733.435,42 D	
		22/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
22/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	553.222.000.107.008		6.000,00 D	0,00 C
		22/04 3222 107008-8 ANBIOTON IMPOR				
26/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		5.183,92 C	
		26/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
26/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		5.502,64 C	
		26/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
26/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	553.357.000.005.329		5.502,64 D	
		26/04 3357 SUPERMED 00045349461000102				
26/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.601	2.426,18 D	
		EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME				
26/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.602	2.754,34 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
26/04/2021	0000	13113 170 Tar Pag Salár Créd Conta	821.160.904.867.096		3,40 D	0,00 C
		Cobrança referente a 22/04/2021				
28/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		6.090,00 C	
		28/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
28/04/2021	3062	99015 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231		15.816,18 C	
		28/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
28/04/2021	0148	99015 470 Transferência enviada	556.600.000.009.819		412,50 D	
		28/04 6600 9819-1 RONALDO LUCIAN				
28/04/2021	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		42.801	6.090,00 D	
		218 0001 037846536000132 SILVIA H G MA				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.802	284,00 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.803	518,04 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.804	567,07 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.805	2.483,48 D	
		BANCO SOFISA S/A				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.806	1.026,33 D	
		BANCO SOFISA S/A				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.807	616,42 D	
		BANCO SOFISA S/A				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.808	1.272,50 D	
		CIRURGICA NEVES LTDA - EPP				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.809	2.594,17 D	
		BANCO SOFISA S/A				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.810	1.358,35 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.811	220,67 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.812	500,00 D	
		JOAO BOSCO FERRARA - ME				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.813	1.400,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.814	900,96 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.815	1.576,64 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
28/04/2021	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		42.816	85,05 D	0,00 C

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

		RELOPONTO		
30/04/2021	3062	03062 870 Transferência recebida	553.062.007.004.231	700.842,68 C
		30/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
30/04/2021	0000	00000 999 S A L D O		700.842,68 C

Valores bloqueados	
DEMAIS VALORES BLOQ.	629,52

Saldo	700.842,68 C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	30/04/2021
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	03/05/2021

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Emissão de comprovantes

G3320514314052411
05/05/2021 15:02:21

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:10
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001148712011554107185770000029600
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.101
DATA DE VENCIMENTO	01/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	01/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	296,00
VALOR COBRADO	296,00

NR.AUTENTICACAO 3.486.0BF.69D.846.1CE

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ivoni

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP 16260-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA 1

Nº 000162496 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0303 7487 6900 0180 5500 1000 1624 9619 2081 0370

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
135210232533795 03/03/2021 09:09:37

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
214073629113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB

CNPJ / CPF
03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
03/03/2021

ENDEREÇO
RUA SETE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO
CENTRO

CEP
16210-000

DATA SAÍDA / ENTRADA
03/03/2021

MUNICÍPIO
BILAC

FONE / FAX
(18)3659-1411

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
09:04:52

FATURA

DADOS DA FATURA

NUMERO
162496

VALOR ORIGINAL
296,00

VALOR DESCONTO
0,00

VALOR LIQUIDO
296,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	01/04/2021	296,00									

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	69,23	296,00

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	296,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

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	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006571	PAPEL INTERF 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	10,000	12,80	0,00	128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000005894	SABONETE DON SPA 10 GR C/600 UND	34011190	060	5405	cx	1,000	168,00	0,00	168,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTOS Valor Aproximado dos Tributos R$ 23,63 Federal, 45,60 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte IBPT empresometro.com.br (8E6CA7)

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Transmitido por DocFix

01/21

Ivoni

06/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:34:44
014800148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 06/04/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.005.406
VALOR TOTAL 301,80
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DROGARIA GERAL DE PROMISS
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 5.406-2
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 9.93F.581.EA1.CA0.A71

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DROGARIA GERAL

DROGARIA GERAL DE PROMISSAO LTDA
AVENIDA GAL EURICO GASPAR DUTRA 611
CENTRO - CEP 16370000
PROMISSAO - SP
Fone/Fax:1435411163

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0

1

Nº 000.003.383

SÉRIE: 0

Página 1 de 2

CHAVE DE ACESSO

3521 0372 9946 4300 0109 5500 0000 0033 8315 2723 1527

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
EMISSAO REF CUPOM FISCAL	135210228262653 02/03/2021 11:09:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
564008735117		72994643000109

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL			45349461000102	02/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
RUA 7 DE SETEMBRO, 529 529	CENTRO		16200000	02/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
BILAC	1435410969	SP		11:09:37

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	357,05

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	55,25	0,00	0,00	301,80

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Ocorrência de Transporte				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7897042015962	LO HID SKALA 400ML ACAI	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015894	LO HID SKALA 400ML LAVANDA	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015917	LO HID SKALA 400ML ERVA DOCE	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015887	LO HID SKALA 400ML CASTANHA DO	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015818	LO HID SKALA 400ML AVEIA	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015948	LO HID SKALA 400ML AMEIXA E FI	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7896026300162	ATENSINA 0,100MG C/30 COMP	30049069	0500	5929	UN	1	7,98	0,80	7,18	0,00	0,00	0,00		
7896261000223	APRESOLINA 50MG C/20 DRG	30049069	0500	5929	UN	4	10,24	4,08	36,88	0,00	0,00	0,00		
7896714205823	ENALAPRIL 10MG C/30 COMP(GEN)	30049067	0500	5929	UN	1	5,92	2,92	3,00	0,00	0,00	0,00		
7896181908302	ISOSSORBIDA 20MG C/30 COMP(GEN	30049059	0500	5929	UN	1	10,09	3,09	7,00	0,00	0,00	0,00		
7897042015825	LO HID SKALA 400ML ROSAS E AME	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015849	LO HID SKALA 400ML MANTEIGA KA	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015917	LO HID SKALA 400ML ERVA DOCE	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015924	LO HID SKALA 400ML LOVE INTENS	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135210228262653

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

ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS Ref SAT: 185987, 184879, 18470 1, 184700, 184359, 34226, 33934, 33503, 182928, 182444, 182271, 182084, 32283, 181439, 31948, 31501, 3126 6, 30727, 179442, 30194, 30171

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

02/04

06/04
Thomi

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7897042015856	LO HID SKALA 400ML AMENDOAS DO	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7896261000223	APRESOLINA 50MG C/20 DRG	30049069	0500	5929	UN	1	10,24	1,02	9,22	0,00	0,00	0,00		
7896112401315	ISOSSORBIDA 20 MG 30 CP G BIOL	30049059	0500	5929	UN	1	9,94	0,99	8,95	0,00	0,00	0,00		
7897042015924	LO HID SKALA 400ML LOVE INTENS	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015931	LO HID SKALA 400ML OLEO DE ARG	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015825	LO HID SKALA 400ML ROSAS E AME	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7896902211544	AGUA OXIGENADA FARMAX 10V 100M	30049099	0500	5929	UN	1	2,50	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00		
7896004703480	METILDOPA 250MG C/30 COMP(GEN	30049035	0500	5929	UN	1	22,16	4,16	18,00	0,00	0,00	0,00		
7896026300186	ATENSINA 0,200MG C/30 COMP	30049069	0500	5929	UN	1	12,35	1,23	11,12	0,00	0,00	0,00		
7896009765148	PILHA RAYOVAC ALCAL PALITO AAA	85061019	0500	5929	UN	1	12,88	1,29	11,59	0,00	0,00	0,00		
7897042015856	LO HID SKALA 400ML AMENDOAS DO	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015931	LO HID SKALA 400ML OLEO DE ARG	33072090	0500	5929	UN	2	6,78	1,36	12,20	0,00	0,00	0,00		
7897042015979	LO HID SKALA 400ML L.ARROZ E R	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015849	LO HID SKALA 400ML MANTEIGA KA	33072090	0500	5929	UN	2	6,78	1,36	12,20	0,00	0,00	0,00		
7896775344905	GARROTE N-200 1 METRO	40011000	0102	5929	UN	3	3,50	1,50	9,00	0,00	0,00	0,00		
7896862970567	FLUCONAZOL 150MG C/1 COMP(GEN	30049069	0500	5929	CP	1	10,28	8,28	2,00	0,00	0,00	0,00		
7891721019845	LEVOTIROXINA 50MCG C/30 COMP	30043981	0500	5929	UN	1	9,19	2,19	7,00	0,00	0,00	0,00		
7897042015948	LO HID SKALA 400ML AMEIXA E FI	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015825	LO HID SKALA 400ML ROSAS E AME	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015832	LO HID SKALA 400ML PROT.LEITE	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7897042015887	LO HID SKALA 400ML CASTANHA DO	33072090	0500	5929	UN	1	6,78	0,68	6,10	0,00	0,00	0,00		
7899547503845	ALOPURINOL 100MG C/30 COMP(GEN	30049069	0500	5929	UN	1	9,95	0,99	8,96	0,00	0,00	0,00		
7898148294596	DEXAMETASONA 1MG CREM DERM 10G	30043999	0500	5929	UN	1	9,30	3,30	6,00	0,00	0,00	0,00		
7896181908302	ISOSSORBIDA 20MG C/30 COMP(GEN	30049059	0500	5929	UN	1	10,09	3,09	7,00	0,00	0,00	0,00		

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135210228262653

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

ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS Ref SAT: 185987, 184879, 18470 1, 184700, 184359, 34226, 33934, 33503, 182928, 182444, 182271, 182084, 32283, 181439, 31948, 31501, 3126 6, 30727, 179442, 30194, 30171

RESERVADO AO FISCO

06/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 11:34:45
014800148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 06/04/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.026.572
VALOR TOTAL 1.215,02
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 26.572-1
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO 5.B4C.6AC.EC2.BAA.AE0

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620, SALA 1				CENTRO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
PROMISSAO	SP	16.370-000	8610-1/01	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
204.89227.11-7	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Rua FLORINDO GAROZI, 230				JARDIM MANOEL SCALF
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
LINS	SP	16.403-523	12455 - 358 / SP	393.654.448-45
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
11/07/1990	MARIA INES NUNES DE AZEVEDO			

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
1.489,03	20/09/2020	29/03/2021	29/03/2021	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00	0,00	04- Empregado -Cont. prazo deter. (Lei nº 9.601/98)

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 29/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 1.379,30	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 167,48	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno 144,04 horas 45,00%	R$ 395,39
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$ 56,02	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 ALIMENTACAO)	R$ 418,00	95.1 Outras Verbas (13 SALARIO TRAB INTERMITENTE)	R$ 145,66		
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 2.561,85**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado30/dias	R$ 1.172,58	112.1 Previdência Social	R$ 163,33	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 10,92
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 1.346,83**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 1.215,02**

Convênio nº 00004/20
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome
204.89227.11-7	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO

17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
12455 - 358 / SP	393.654.448-45	11/07/1990	MARIA INES NUNES DE AZEVEDO

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Rescisão contratual a pedido do empregado

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento	29 Pensão Alim. (%) FGTS
20/09/2020	29/03/2021	29/03/2021	SJ1	0,00

30 Categoria do Trabalhador
04- Empregado -Cont. prazo deter. (Lei nº 9.601/98)

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legitimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.
Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Promissão / 07 de abril de 2021.

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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).

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.10
0148100148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
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$ 20.000,00
DEBITO EM: 06/04/2021

==========

DOCUMENTO: 040601
AUTENTICACAO SISBB: 6.78F.94C.804.9E3.0E9

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20210401u34298678000114

Número da Nota	00000197
Data e Hora de Emissão	01/04/2021 16:55:05
Código de Verificação	AALL-RYWC

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **34.298.678/0001-14** Inscrição Municipal: **6.343.469-5**
Nome/Razão Social: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**
Endereço: **R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - CIDADE MONCOES - CEP: 04563-060**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: ----
Endereço: **End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **contabilidade@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVIÇOS DE GESTÃO: ADMINISTRATIVOS, RECURSOS HUMANOS, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS – UTI DO HOSPITAL GERAL "PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO "

COMPETÊNCIA: 03/2021

CONVÊNIO 004/2021

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 20.000,00

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

Código do Serviço
06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.

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;

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

06/04

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:10
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191128043445736293684613870009185820000095700
BENEFICIARIO:
UNIAO QUIMICA FARM NAC SA
NOME FANTASIA:
UNIAO QUIMICA FARM NAC SA
CNPJ: 60.665.981/0001-18
BENEFICIARIO FINAL:
UNIAO QUIM FARMACEUTICA NAC SA
CNPJ: 60.665.981/0001-18
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.602
DATA DE VENCIMENTO	06/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	06/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	957,00
VALOR COBRADO	957,00

NR.AUTENTICACAO 1.38B.ECD.DDF.B60.A5F

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Uniao Quimica Farmaceutica Nacional S/A

União Química Farmacêutica Nacional S/A

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N
KM 862.5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: (35) 3427-9000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 484675
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0360 6659 8100 0975 5500 1000 4846 7514 9104 4159
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 merc.adq.rec.terceiros dest.ñ contribuinte		131214059244169 09/03/2021 09:33:36
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
5257755260375	813013256118	60.665.981/0009-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL			45.349.461/0001-02	09/03/2021
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303	JARDIM ARIANO	16400-400		09/03/2021
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA/ENTRADA
LINS	551435325198	SP		09:33:14 -03:00

FATURA / DUPLICATAS

FATURA
Número: 0092689364, Valor original: 2.900,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Líquido: 2.900,00

Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor
001	06/04/2021	957,00	002	20/04/2021	957,00	003	04/05/2021	986,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.900,00	348.00	0,00	0.00	0,00	2.900,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.900,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPI TDA	0 - Remetente				06.321.409/0007-81
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSE SEDANO 854	CAMPINAS			SP	795549474111

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC.ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ IPI
00000000000100158Z	PROVIVE EMU INJ 8344/98C1 CX C/SER X20ML L A0D097Z V 30.09.2022 Q 20,000. Vlr. aprox. trib.: 870,60. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1427700030045	30049095	000	6108	UN	20,0000	145,000000	2.900,00	0,00	2.900,00	348,00	0,00	12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. Base calculo ICMS: R$ 2.900,00 Valor ICMS partilha: R$ 174,00 ICMS FECP: R$ 0,00. Num. pedido cliente: 001. Ordem de venda: 5391114. Remessa: 82714013. Documento de transporte: 0010080471.	

06/04/21

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:10
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090209022800400085554178185830000511940
BENEFICIARIO:
LONDRICIR C M H LTDA-ME
NOME FANTASIA:
LONDRICIR COMERCIO DE MATERIAL HOSP
CNPJ: 00.339.246/0001-92
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.603
NOSSO NUMERO	20902280000085554
CONVENIO	02090228
DATA DE VENCIMENTO	07/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	06/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.119,40
VALOR COBRADO	5.119,40

NR.AUTENTICACAO 1.D12.AE1.648.07B.413

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

LONDRICIR COM DE MAT HOSPITALAR LTDA
Av Tiradentes, 7100, GLP 03 Modulo 06 e 07 - Jardim Rosicler
CEP: 86072-000 Londrina-PR
Fone: (43) 3373-3400

DANFE
Documento Auxiliar da NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.277.355
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
4121 0300 3392 4600 0192 5500 1000 2773 5513 5989 3474

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS FORA DO ESTADO		141210051443810 10/03/2021 10:07:11
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
601.28757-95		00.339.246/0001-92

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF/NºEstrangeiro	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	10/03/2021
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03		JARDIM ARIANO	16400-400	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14)3532-5198	SP		

FATURA/DUPLICATA

001 07/04/21 R$ 5.119,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.119,40	614,33	0,00	0,00	1.347,94	5.119,40
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	5.119,40

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
LOGFAR LOGISTICA LTDA	0-Rem (CIF)				05.530.576/0001-84
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA NAUFAL JOSE SALMEN, 2-140	BAURU			SP	209.337.700.111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2					4,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	VLR APROX. TRIBUTOS
26112	SUXAMETONIO (SUCCITRAT) 500MG PO 10ML (S) CX/C/10 F/A BLAUSIEGEL cProdANVISA=1163700780068 PMC=0,00 Lote=20110685 Qtd=12 Fab=25/09/2020 Val=25/09/2022 Cod Barras (cEan): 7896014682317	30049099	500	6108	CX	12	255,97	3.071,64	3.071,64	368,60	12	808,76
26112	SUXAMETONIO (SUCCITRAT) 500MG PO 10ML (S) CX/C/10 F/A BLAUSIEGEL cProdANVISA=1163700780068 PMC=0,00 Lote=20110739 Qtd=8 Fab=25/09/2020 Val=30/09/2022 Cod Barras (cEan): 7896014682317	30049099	500	6108	CX	8	255,97	2.047,76	2.047,76	245,73	12	539,18

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ATENÇÃO
BOLETO EM ANEXO
APÓS PROTESTO
APÓS 3 DIAS DO
VENCIMENTO.

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino: R$307,17. INSCRICAO AUXILIAR NO ESTADO DE SP DE Numero 816.017.660.115, DISPENSADO DO RECOLHIMENTO DO DIFAL EM GNRE PED: 494725 Vendedor: DENIS FERRAZ DA SILVA Sep: THIAGO DE JESUS Conf: ELDER INACIO DE OLIVEIRA PONTES SOLICITADO POR PLINIO Val aprox dos tributos R$ 1.347,94 (26,33%) Fonte:IBPT PIS COFINS - ALIQUOTA ZERO CONFORME ARTIGO 2 DA LEI 10147/2000: Produtos(26112) - Partilha ICMS operacao interestadual consumidor final, disposto na Emenda constitucional 87/2015. Valor ICMS para UF destino: R$ 307,17. Valor FCP para o destino: R$ 0,00. Valor ICMS UF remetente: R$ 0,00.	

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:10
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001152944011554100585840000014080
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.604
DATA DE VENCIMENTO	08/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	06/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	140,80
VALOR COBRADO	140,80

NR.AUTENTICACAO E.E24.212.AA9.2B9.51C

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

A WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000162976 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0303 7487 6900 0180 5500 1000 1629 7616 4481 9423

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	135210258014957 09/03/2021 15:18:53

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	09/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO	16210-000		09/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		15:18:44

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	162976	140,80	0,00	140,80

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	08/04/2021	140,80									

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	35,07	140,80
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	140,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006571	PAPEL INTERF 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	10,000	12,80	0,00	128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,000	12,80	0,00	12,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 17,40 Federal, 17,66 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (8F6CA7).

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Transmitido por DocFix

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:11
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029106700000951000107709985780000068000

BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.605
DATA DE VENCIMENTO	02/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	06/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
JUROS/MULTA	8,16
VALOR COBRADO	688,16

NR.AUTENTICACAO 1.0D7.91D.B14.FB8.F1B

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC	VALOR NOTA R$ 680,00	NF-e Nº: 000.132.030 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO ____/____/____	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical®

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA

Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP
CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555
www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.132.030
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0351 9436 4500 0107 5500 1000 1320 3010 0464 0324

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA PRODUCAO PROPRIA	135210234951852 - 03/03/2021 16:06:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	03/03/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	03/03/2021
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14) 3541-1544	SP		16:06:15

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	02/04/2021	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	680,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16	680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,980	0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L. 37113 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:9F30847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
85215163	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 108219 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 28,56 (4,20%) Estadual: R$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. UTI PROMISSAO - CONVENIO 031-201 5ICMS Isento nos termos do art.14, do anexo I, do RICMS/SP Decreto 45.490/00	

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:11
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399517749790000011483835301017785810000720000
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 BENEFICENTE DE BILAC
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.606
DATA DE VENCIMENTO	05/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	06/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	7.200,00
JUROS/MULTA	158,40
VALOR COBRADO	7.358,40

NR.AUTENTICACAO 5.A6E.4FC.3DF.AD7.617

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Grupo MAFRA

Identificação do emitente

C M HOSPITALAR S.A (CTL)
EIXO 3, SN
Complemento: QD 9A. MODULO 26 A 30
DIST.MINERO IND. CAT CEP:75709-685
CATALAO/GO
Fone: 556432210505

Promissão

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 002207385
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
5221 0312 4201 6400 0319 5500 1002 2073 8511 0009 8755

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE	152213873670621 04/03/2021 19:10:06-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
105022500		12.420.164/0003-19

REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE BILAC (024840-0001)	45.349.461/0001-02	04/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
R SETE DE SETEMBRO,529	CENTRO	16210-000	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
BILAC	1836591243	SP		

FATURA

001 02/04/2021 7.200,00	002 02/05/2021 7.200,00							

IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
11.999,52	1.439,94	0,00	0,00	14.400,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.400,00

VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
HEALTH LOG T2017	0-EMITENTE				18.320.396/0001-10

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA OSASCO 949	CAJAMAR	SP	

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
5	Diversos			20	20

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.
135129	MIDAZOLAM (B1) 1 5MG/ML (GEN) C/5 AMP 3ML - TEUTO	30049099	020	6108	CX	400,0000	36,000000	14.400,00	11.999,52	0,00	1.439,94	0,00	12.00%	0.00%	400	41300028	30/09/2023	01/09/2020

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
121282			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ANEXO IX, ART 8o,VIII, DEC 4.852/97 - RCTE-GO Lei - Lei 12.492/94 - Produto(s): 135129
Nosso Pedido: DEFHHA - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R$ 864.00. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R$ 0.

Pedido: DEFHHA
Rep.: 000249

Nº da OS	Volumes
600002262938 (G)	5
Total	5

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 000341/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:11
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399517749790000011483924401017185810000360000
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 BENEFICENTE DE BILAC
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.607
DATA DE VENCIMENTO	05/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	06/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.600,00
JUROS/MULTA	79,20
VALOR COBRADO	3.679,20

NR.AUTENTICACAO 7.800.204.92D.5B1.8A5

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Grupo MAFRA

Identificação do emitente
C M HOSPITALAR S.A. (CTL)
EIXO 3, SN
Complemento: QD 9A. MODULO 26 A 30
DIST.MINERO IND. CAT CEP:75709-685
CATALAO/GO
Fone: 556432210505

Promissão

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 002207427
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
5221 0312 4201 6400 0319 5500 1002 2074 2711 0010 0999

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA MERC. RECEB.TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 152213873741991 04/03/2021 19:28:51-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 05022500	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.
	CNPJ 12.420.164/0003-19

REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICENTE DE BILAC (024840-0001)			CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO 04/03/2021
ENDEREÇO R SETE DE SETEMBRO,529	BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 16210-000	DATA ENTRADA/SAÍDA
MUNICIPIO BILAC	FONE/FAX 1836591243	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001 02/04/2021 3.600,00	002 02/05/2021 3.600,00						

DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS 5.999,76	VALOR DO ICMS 719,97	BASE DE CALCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 7.200,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 7.200,00

VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL HEALTH LOG T2017	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 18.320.396/0001-10	
ENDEREÇO RUA OSASCO 949	MUNICIPIO CAJAMAR			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 3	ESPECIE Diversos	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 9	PESO LIQUIDO 9	

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.
135129	MIDAZOLAM (B1) 1 5MG/ML (GEN) C/5 AMP 3ML - TEUTO	30049099	020	6108	CX	200,0000	36,000000	7.200,00	5.999,76	0,00	719,97	0,00	12.00%	0.00%	200	41300028	30/09/2023	01/09/2020

ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 121282	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ANEXO IX, ART 8o,VIII, DEC 4.852/97 - RCTE-GO Lei - Lei 12.492/94 - Produto(s): 135129
Nosso Pedido: DEFHHM - IE DIFAL/DESTINO N 809010441110Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R$ 432.00. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R$ 0.

Pedido: DEFHHM
Rep.: 000249

Nº da OS	Volumes
600002262956 (G)	2
600002262955 (P)	1
Total	**3**

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:22:26
014800148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA	07/04/2021
NR. DOCUMENTO	550.148.000.107.117
VALOR TOTAL	1.718,20

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EDUARDO LOPES DOS SANTOS
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 107.117-3

NR. DOCUMENTO	550.148.000.038.500
NR.AUTENTICACAO	7.68A.308.3F8.EE2.90F

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	325110	2	1
	TEC. DE FARMACIA	Admissão:	11/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	150,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,12		151,80

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,00	151,80
Valor Líquido ⇨	1.718,20

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90885-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.500,00	1.870,00	1.870,00	149,60	1.718,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	325110	2	1
	TEC. DE FARMACIA	Admissão:	11/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.500,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	150,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,12		151,80

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.870,00	151,80
Valor Líquido ⇨	1.718,20

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90885-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.500,00	1.870,00	1.870,00	149,60	1.718,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

07/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 18:45:31
014800148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 07/04/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 544.580,75
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 7.F76.CC0.6AC.2DB.D70

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.035,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ADRIANA SIMONE DE MORAES, na conta 113.459, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e trinta e cinco reais e treze centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		20/11/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	108,50	108,50	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	789,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	78,94	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	4,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	1,12	4,42	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	8,45	33,35	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		9,09
998	I.N.S.S.	7,54		85,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.129,36	94,23
Valor Líquido ⇨	1.035,13

Banco do Brasil 1
conta corrente: 13459-7 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.712,56	3.700,88	296,05	1.035,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		20/11/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	108,50	108,50	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	789,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	78,94	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	4,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	1,12	4,42	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	8,45	33,35	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		9,09
998	I.N.S.S.	7,54		85,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.129,36	94,23
Valor Líquido ⇨	1.035,13

Banco do Brasil 1
conta corrente: 13459-7 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.712,56	3.700,88	296,05	1.035,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 3.505,21 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA, na conta 6.013, agência 6885 do banco 001.

(Três mil e quinhentos e cinco reais e vinte e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista Folha Mensal Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA FISIOTERAPEUTA	223605 Admissão:	2	1 01/11/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	196,02	196,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.851,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	285,14	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	75,39	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,37	508,85	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	10,40		430,42
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		201,16

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.136,79	631,58
Valor Líquido ⇨	3.505,21

Banco do Brasil 1
conta corrente: 6013-5 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.851,39	4.136,79	4.136,79	330,94	3.706,37	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista Folha Mensal Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA FISIOTERAPEUTA	223605 Admissão:	2	1 01/11/2011

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	196,02	196,02	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.851,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	285,14	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	75,39	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,37	508,85	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	10,40		430,42
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		201,16

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.136,79	631,58
Valor Líquido ⇨	3.505,21

Banco do Brasil 1
conta corrente: 6013-5 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.851,39	4.136,79	4.136,79	330,94	3.706,37	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 000047/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 2.268,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANTONIO MARCOS ESTEVES, na conta 86.793, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e duzentos e sessenta e oito reais e um centavo)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		15/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	169,11	169,11	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,69		217,32
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		14,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.499,47	231,46
Valor Líquido ⇨	2.268,01

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86793-4 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.499,47	2.499,47	199,95	2.092,56	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		15/10/2008

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	169,11	169,11	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,69		217,32
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		14,14

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.499,47	231,46
Valor Líquido ⇨	2.268,01

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86793-4 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	2.499,47	2.499,47	199,95	2.092,56	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convenio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.982,83 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a APARECIDA CARDOSO DO NASC, na conta 86.792, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e novecentos e oitenta e dois reais e oitenta e três centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN!	Admissão:	08/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	715,39	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	625,97	
21	AUXILIO CRECHE	220,34	220,34	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	71,54	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	62,60	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	23,23	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	102,67	
201	HORAS REDUZIDA	9,36	25,68	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	63,51	174,25	
998	I.N.S.S.	8,14		156,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.139,00	156,17
Valor Líquido ⇨	1.982,83

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86792-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.918,66	1.918,66	153,49	1.572,90	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN!	Admissão:	08/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	16,00	715,39	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	625,97	
21	AUXILIO CRECHE	220,34	220,34	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	71,54	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	62,60	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	23,23	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	117,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	102,67	
201	HORAS REDUZIDA	9,36	25,68	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	63,51	174,25	
998	I.N.S.S.	8,14		156,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.139,00	156,17
Valor Líquido ⇨	1.982,83

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86792-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.918,66	1.918,66	153,49	1.572,90	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0000/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 3.645,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ARETUZA FERNANDES DE CAST, na conta 86.791, agência 0295 do banco 001.

(Três mil e seiscentos e quarenta e cinco reais e vinte e cinco centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	19/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	95,68	95,68	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.755,64	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	275,56	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	115,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	98,10	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	113,39	781,16	
998	I.N.S.S.	10,57		459,14
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		237,48

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.341,87	696,62
Valor Líquido ⇨	3.645,25

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86791-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	4.341,87	4.341,87	347,34	3.882,73	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	19/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	95,68	95,68	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.755,64	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	275,56	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	115,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	98,10	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	113,39	781,16	
998	I.N.S.S.	10,57		459,14
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		237,48

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.341,87	696,62
Valor Líquido ⇨	3.645,25

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86791-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.755,64	4.341,87	4.341,87	347,34	3.882,73	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0000[illegible]
Fonte de Recurso Est[illegible]
Secretaria de Estado da S[illegible]
CE: 090196 - Hospital G[illegible]
[illegible]feito Miguel Martins Gua[illegible]
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.636,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a BEATRIZ SANTOS RAMOS, na conta 27.184, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e trinta e seis reais e setenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	9,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	3,15	8,64	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	24,22	66,45	
998	I.N.S.S.	8,07		143,73

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.780,43	143,73
Valor Líquido ⇨	1.636,70

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27184-5 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.780,43	1.780,43	142,43	1.447,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	9,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	3,15	8,64	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	24,22	66,45	
998	I.N.S.S.	8,07		143,73

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.780,43	143,73
Valor Líquido ⇨	1.636,70

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27184-5 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.780,43	1.780,43	142,43	1.447,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.151,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a CRISTIANA ARANHA, na conta 86.789, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e cento e cinqüenta e um reais e sessenta e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal

Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
40	CRISTIANA ARANHA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	25/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	47,47	47,47	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	15,00	704,22	
9522	DIAS AFAST. P/DOENCA IGUAL/INF. 15 DIAS	15,00	704,21	
291	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	70,42	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	110,00	
9527	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15 DIAS	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	24,00	84,51	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	44,51	156,72	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	15,00		814,22
998	I.N.S.S.	7,50		21,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.987,55	835,87
Valor Líquido ⇨	1.151,68

BANCO DO BRASIL 1

conta salário: 86789-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	288,70	1.173,33	93,86	1.151,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal

Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
40	CRISTIANA ARANHA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	25/02/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	47,47	47,47	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	15,00	704,22	
9522	DIAS AFAST. P/DOENCA IGUAL/INF. 15 DIAS	15,00	704,21	
291	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	70,42	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	110,00	
9527	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15 DIAS	20,00	110,00	
201	HORAS REDUZIDA	24,00	84,51	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	44,51	156,72	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	15,00		814,22
998	I.N.S.S.	7,50		21,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.987,55	835,87
Valor Líquido ⇨	1.151,68

BANCO DO BRASIL 1

conta salário: 86789-6 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	288,70	1.173,33	93,86	1.151,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 954,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a EDUARDA LUCIO GABILO SAND, na conta 26.569, agência 0148 do banco 001.

(Novecentos e cinqüenta e quatro reais e oitenta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	141,72	141,72	
8781	DIAS NORMAIS	13,00	732,71	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	73,27	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		9,94
998	I.N.S.S.	7,50		78,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.043,03	88,16
Valor Líquido ⇨	954,87

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26569-1 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.976,00	2.976,00	238,07	954,87	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	141,72	141,72	
8781	DIAS NORMAIS	13,00	732,71	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	73,27	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		9,94
998	I.N.S.S.	7,50		78,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.043,03	88,16
Valor Líquido ⇨	954,87

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26569-1 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.976,00	2.976,00	238,07	954,87	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0020/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 8,75 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a FABIANA XAVIER DOS SANTOS, na conta 27.191, agência 0148 do banco 001.

(Oito reais e setenta e cinco centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	14,00	625,97	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	8,75	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	102,67	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	14,00		728,64

Total de Vencimentos	Total de Descontos
737,39	728,64

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27191-8 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 8,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.210,57	2.058,32	164,66	8,75	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		22/01/2018

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	14,00	625,97	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	0,00	8,75	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	102,67	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	14,00		728,64

Total de Vencimentos	Total de Descontos
737,39	728,64

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27191-8 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 8,75

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.210,57	2.058,32	164,66	8,75	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GISLAINE CRISTINA HERREIR, na conta 15.254, agência 6600 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRI	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	11/04/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.207,22	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	134,14	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	120,73	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	13,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	198,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	22,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09

Banco do Brasil 1
conta: 15254-4 Agência: 6600 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRI	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	11/04/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.207,22	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	134,14	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	120,73	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	13,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	198,00	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	22,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09

Banco do Brasil 1
conta: 15254-4 Agência: 6600 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GUILHERME HENRIQUE COSTA, na conta 26.860, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN!	Admissão:	23/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 26860-7 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE ABRIL ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN!	Admissão:	23/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09

BANCO DO BRASIL 1
conta poupança: 26860-7 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE ABRIL ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 010/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.860,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GUILHERME TAVARES GONÇALV, na conta 21.300, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e sessenta reais e dezesseis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	11/11/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	37,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	39,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	92,51	253,82	
998	I.N.S.S.	8,19		165,83

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.025,99	165,83

Banco do Brasil 1
conta corrente: 21300-4 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.860,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.025,99	2.025,99	162,07	1.860,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	11/11/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	37,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	39,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	92,51	253,82	
998	I.N.S.S.	8,19		165,83

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.025,99	165,83

Banco do Brasil 1
conta corrente: 21300-4 Agência: 0148 - 1

Valor Líquido ⇨ 1.860,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.025,99	2.025,99	162,07	1.860,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 4.740,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a KARINA ZIMIANI DONALONSO, na conta 86.784, agência 0295 do banco 001.

(Quatro mil e setecentos e quarenta reais e dezesseis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		18/09/2006

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	222,72	222,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.053,84	
93	QUINQUENIO	124,74	124,74	
94	ADIC PVDP	65,43	65,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	305,38	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	175,42	
200	HORAS EXTRAS 100%	23,56	1.184,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	600,00	600,00	
998	I.N.S.S.	11,50		684,50
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		526,96

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.951,62	1.211,46

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86784-5 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 4.740,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.053,84	5.951,62	5.951,62	476,12	5.077,53	27,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	223605	2	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:		18/09/2006

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	222,72	222,72	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	3.053,84	
93	QUINQUENIO	124,74	124,74	
94	ADIC PVDP	65,43	65,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	305,38	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	175,42	
200	HORAS EXTRAS 100%	23,56	1.184,09	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	600,00	600,00	
998	I.N.S.S.	11,50		684,50
999	IMPOSTO DE RENDA	27,50		526,96

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.951,62	1.211,46

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86784-5 Agência: 0295 - X

Valor Líquido ⇨ 4.740,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
3.053,84	5.951,62	5.951,62	476,12	5.077,53	27,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0004/2021
Fundo de Recuperação Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 973,37 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LARISSA DE SOUZA RODRIGUE, na conta 27.422, agência 0148 do banco 001.

(Novecentos e setenta e três reais e trinta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	10/02/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	20,00	894,24	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	14,69	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	146,67	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,06
998	I.N.S.S.	7,50		79,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.055,60	82,23
Valor Líquido ⇨	973,37

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27422-4 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.848,20	2.695,95	215,66	783,78	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	10/02/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	20,00	894,24	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	14,69	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	146,67	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,06
998	I.N.S.S.	7,50		79,17

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.055,60	82,23
Valor Líquido ⇨	973,37

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27422-4 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.848,20	2.695,95	215,66	783,78	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 060/2021
Fonte de Recurso: Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 3.449,48 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LIDIANE MERCE DA SILVA LE, na conta 76.106, agência 0058 do banco 001.

(Três mil e quatrocentos e quarenta e nove reais e quarenta e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL FISIOTERAPEUTA	223605	2	1

Admissão: 01/04/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	100,14	100,14	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.523,54	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	252,35	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	67,82	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,87	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,46	457,77	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	7,08	44,67	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	54,43	343,39	
998	I.N.S.S.	10,34		419,75
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		191,32

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.060,55	611,07

Banco do brasil 1
conta corrente: 76106-0 Agência: 0058 - 2

Valor Líquido ⇨ 3.449,48

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.523,54	4.060,55	4.060,55	324,84	3.640,80	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL FISIOTERAPEUTA	223605	2	1

Admissão: 01/04/2016

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	100,14	100,14	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.523,54	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	252,35	
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	67,82	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	50,87	
200	HORAS EXTRAS 100%	11,46	457,77	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	7,08	44,67	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	54,43	343,39	
998	I.N.S.S.	10,34		419,75
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		191,32

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.060,55	611,07

Banco do brasil 1
conta corrente: 76106-0 Agência: 0058 - 2

Valor Líquido ⇨ 3.449,48

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.523,54	4.060,55	4.060,55	324,84	3.640,80	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0084/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 2.771,37 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA, na conta 5.826, agência 6885 do banco 001.

(Dois mil e setecentos e setenta e um reais e trinta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	13/10/2008	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,86	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	64,47	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	116,09	525,57	
998	I.N.S.S.	9,35		291,53
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,95

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.117,85	346,48
Valor Líquido ⇨	2.771,37

Banco do Brasil 1
conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	3.117,85	3.117,85	249,42	2.636,73	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	13/10/2008	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	119,59	119,59	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.810,92	
93	QUINQUENIO	73,97	73,97	
94	ADIC PVDP	44,38	44,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	181,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	77,86	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	64,47	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	116,09	525,57	
998	I.N.S.S.	9,35		291,53
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,95

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.117,85	346,48
Valor Líquido ⇨	2.771,37

Banco do Brasil 1
conta corrente: 5826-2 Agência: 6885 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.810,92	3.117,85	3.117,85	249,42	2.636,73	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 2.868,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA APARECIDA MORILHAS, na conta 86.783, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e oitocentos e sessenta e oito reais e cinqüenta e cinco centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.720,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	272,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	9,45		305,86
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		62,84

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.237,25	368,70
Valor Líquido ⇨	2.868,55

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86783-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	3.237,25	3.237,25	258,98	2.741,80	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA 2	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	24,82	24,82	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.720,39	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	272,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	9,45		305,86
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		62,84

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.237,25	368,70
Valor Líquido ⇨	2.868,55

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86783-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.720,39	3.237,25	3.237,25	258,98	2.741,80	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

Convênio nº 237/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.840,98 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA MARIA BARBOSA DE C, na conta 86.782, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e quarenta reais e noventa e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	01/06/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	69,31	69,31	
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.210,40	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	368,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	121,04	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	15,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	51,33	
998	I.N.S.S.	8,18		163,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.004,92	163,94
Valor Líquido ⇨	1.840,98

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86782-9 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.004,92	2.004,92	160,39	1.840,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	01/06/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	69,31	69,31	
8781	DIAS NORMAIS	23,00	1.210,40	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	7,00	368,38	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	121,04	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	15,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	168,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	51,33	
998	I.N.S.S.	8,18		163,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.004,92	163,94
Valor Líquido ⇨	1.840,98

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86782-9 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	2.004,92	2.004,92	160,39	1.840,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 000047/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 2.154,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA ANGELICA PRADO LAMO, na conta 107.124, agência 0148 do banco 001.

(Dois mil e cento e cinqüenta e quatro reais e oitenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/03/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	56,55	56,55	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.408,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	140,84	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	61,27	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	54,08	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,46	413,59	
998	I.N.S.S.	8,49		199,96

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.354,76	199,96
Valor Líquido ⇨	2.154,80

Banco do Brasil 1
conta corrente: 7124-2 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.354,76	2.354,76	188,38	1.965,21	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE ABRIL ***

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/03/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	56,55	56,55	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.408,43	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	140,84	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	61,27	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	15,36	54,08	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	117,46	413,59	
998	I.N.S.S.	8,49		199,96

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.354,76	199,96
Valor Líquido ⇨	2.154,80

Banco do Brasil 1
conta corrente: 7124-2 Agência: 6597 - 8

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.408,43	2.354,76	2.354,76	188,38	1.965,21	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE ABRIL ***

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 3.629,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA LAURA MARTINS, na conta 106.291, agência 0148 do banco 001.

(Três mil e seiscentos e vinte e nove reais e oitenta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3536	MARIA LAURA MARTINS	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.648,29	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	264,83	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	14,45	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	2,24	12,13	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	18,00	97,51	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,56		455,90
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		233,02

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.318,79	688,92
Valor Líquido ⇨	3.629,87

BANCO DO BRASIL 1
conta: 106291-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	4.318,79	4.318,79	345,50	3.862,89	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3536	MARIA LAURA MARTINS	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	22/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.648,29	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	264,83	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	14,45	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	2,24	12,13	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	18,00	97,51	
27	ADICIONAL DE COORDENAÇÃO	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	10,56		455,90
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		233,02

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.318,79	688,92
Valor Líquido ⇨	3.629,87

BANCO DO BRASIL 1
conta: 106291-3 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.648,29	4.318,79	4.318,79	345,50	3.862,89	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.559,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MICHELLE GOUVEIA GONÇALVE, na conta 27.375, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e cinqüenta e nove reais e quarenta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.296,65	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	44,71	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	129,67	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	4,47	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27375-9 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.296,65	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	44,71	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	129,67	
264	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	4,47	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	212,67	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	7,33	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Banco do Brasil 1
conta corrente: 27375-9 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.369,82	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.868,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ODAIR CAMPOS PEDRO, na conta 62.636, agência 0348 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e sessenta e oito reais e oitenta e nove centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saude
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	21/08/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	39,24	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	36,00	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	96,53	264,85	
998	I.N.S.S.	8,19		166,70

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.035,59	166,70
Valor Líquido ⇨	1.868,89

Banco do Brasil 1
conta corrente: 62636-8 Agência: 0348 - 4

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.035,59	2.035,59	162,84	1.868,89	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	21/08/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	39,24	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	13,12	36,00	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	96,53	264,85	
998	I.N.S.S.	8,19		166,70

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.035,59	166,70
Valor Líquido ⇨	1.868,89

Banco do Brasil 1
conta corrente: 62636-8 Agência: 0348 - 4

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.035,59	2.035,59	162,84	1.868,89	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 677,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a RENATA FERNANDES CARLIM, na conta 25.979, agência 0148 do banco 001.

(Seiscentos e setenta e sete reais e dez centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 050196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2343	RENATA FERNANDES CARLIM	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	13,00	581,26	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	58,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		2,52
998	I.N.S.S.	7,50		55,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
734,72	57,62
Valor Líquido ⇨	677,10

Banco do Brasil 1
conta corrente: 25979-9 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.029,94	2.029,94	162,38	297,92	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

____/____/____ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2343	RENATA FERNANDES CARLIM	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	22/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	13,00	581,26	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	58,13	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	95,33	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		2,52
998	I.N.S.S.	7,50		55,10

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
734,72	57,62
Valor Líquido ⇨	677,10

Banco do Brasil 1
conta corrente: 25979-9 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	2.029,94	2.029,94	162,38	297,92	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

____/____/____ Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 2.484,08 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a RENATA FERREIRA, na conta 77.329, agência 0058 do banco 001.

(Dois mil e quatrocentos e oitenta e quatro reais e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
26	RENATA FERREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/10/2010

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	171,71	171,71	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	59,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	12,00	50,73	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	95,30	402,85	
998	I.N.S.S.	9,01		249,18
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,66

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.764,92	280,84
Valor Líquido ⇨	2.484,08

Banco do brasil 1
conta poupança: 77329-8 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.764,92	2.764,92	221,19	2.326,15	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
26	RENATA FERREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		01/10/2010

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	171,71	171,71	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.690,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	169,09	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	59,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	12,00	50,73	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	95,30	402,85	
998	I.N.S.S.	9,01		249,18
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,66

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.764,92	280,84
Valor Líquido ⇨	2.484,08

Banco do brasil 1
conta poupança: 77329-8 Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	2.764,92	2.764,92	221,19	2.326,15	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.589,23 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ROGERIO TEOFILO DE ABREU, na conta 88.945, agência 0295 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e oitenta e nove reais e vinte e três centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		19/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	3,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	1,12	3,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	9,43	25,87	
998	I.N.S.S.	8,05		139,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.728,27	139,04
Valor Líquido ⇨	1.589,23

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88945-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.728,27	1.728,27	138,26	1.589,23	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:		19/12/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	3,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	1,12	3,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	9,43	25,87	
998	I.N.S.S.	8,05		139,04

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.728,27	139,04
Valor Líquido ⇨	1.589,23

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 88945-8 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.728,27	1.728,27	138,26	1.589,23	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 5.099,03 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ROGERIO VICTOR ROSADO, na conta 20.724, agência 0148 do banco 001.

(Cinco mil e noventa e nove reais e três centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	223405	2	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	254,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
274	ADICIONAL RT	750,00	750,00	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	1.859,57	1.859,57	
998	I.N.S.S.	10,06		379,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		154,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.632,82	533,79
Valor Líquido ⇨	5.099,03

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 20724-1 Agência: 148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.773,25	3.773,25	301,86	3.393,72	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	223405	2	1
	FARMACEUTICO (A)	Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	254,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
274	ADICIONAL RT	750,00	750,00	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	1.859,57	1.859,57	
998	I.N.S.S.	10,06		379,53
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		154,26

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.632,82	533,79
Valor Líquido ⇨	5.099,03

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 20724-1 Agência: 148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.773,25	3.773,25	301,86	3.393,72	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 3.889,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a SANDRA REGINA CORREIA BAL, na conta 8.883, agência 2080 do banco 001.

(Três mil e oitocentos e oitenta e nove reais e cinqüenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	03/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	224,83	224,83	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	118,87	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	102,77	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	111,18	802,40	
998	I.N.S.S.	10,80		501,49
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		253,37

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.644,42	754,86
Valor Líquido ⇨	3.889,56

Banco do Brasil 1
conta corrente: 8883-8 Agência: 2080 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.644,42	4.644,42	371,55	3.953,34	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	03/11/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	224,83	224,83	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	288,69	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	118,87	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
201	HORAS REDUZIDA	14,24	102,77	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	111,18	802,40	
998	I.N.S.S.	10,80		501,49
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		253,37

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.644,42	754,86
Valor Líquido ⇨	3.889,56

Banco do Brasil 1
conta corrente: 8883-8 Agência: 2080 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.644,42	4.644,42	371,55	3.953,34	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:14:38

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 07/04/2021 Valor R$ 1.362,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 297, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a SHAWANA DE SOUZA, na conta 26.573, agência 0148 do banco 001.

(Um mil e trezentos e sessenta e dois reais e oitenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:14:38

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
31	SHAWANA DE SOUZA	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	07/07/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	157,28	157,28	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.154,74	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	115,48	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	88,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		32,81
998	I.N.S.S.	7,91		119,89

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.515,50	152,70
Valor Líquido ⇨	1.362,80

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26573-X Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.946,16	4.946,16	395,69	1.362,80	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
31	SHAWANA DE SOUZA	223525	2	1
	ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA	Admissão:	07/07/2014	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
276	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	157,28	157,28	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	1.154,74	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	115,48	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	88,00	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		32,81
998	I.N.S.S.	7,91		119,89

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.515,50	152,70
Valor Líquido ⇨	1.362,80

Banco do Brasil 1
conta corrente: 26573-X Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.946,16	4.946,16	395,69	1.362,80	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE (	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.341,36	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.561,36

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.561,36	1.561,36
Valor Líquido ⇨	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86786-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2075	IZABEL CRISTINA FERREIRA PALHARINI DE (	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	06/12/2016	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.341,36	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.561,36

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.561,36	1.561,36
Valor Líquido ⇨	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86786-1 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	CLAUDINEIA DA COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/08/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.578,78	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.798,78

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.798,78	1.798,78
Valor Líquido ⇨	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86790-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
10	CLAUDINEIA DA COSTA SILVA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	02/08/2012	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.578,78	
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.798,78

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.798,78	1.798,78
Valor Líquido ⇨	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta salário: 86790-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.578,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.11
0148100148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85810000084-6	47270179210-0
	40765105084-0	53494610005-1
Data do pagamento		07/04/2021
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0005-36
COMPETENCIA		03/2021
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		07/04/2021
VALOR DEPOSITO		8.447,27
Valor Total		8.447,27

DOCUMENTO: 040701
AUTENTICACAO SISBB: F.058.9FA.B7D.93F.4AE

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 07/04/2021 - 01:25:55

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL				(0014)35325198
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	105.590,93	44	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0005-36	03/2021	07/04/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
8.447,27	0,00	8.447,27

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/04/2021

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 07/04/2021 - 01:25:55

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL				(0014)35325198
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	105.590,93	44	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017980-9	45.349.461/0005-36	03/2021	07/04/2021

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
8.447,27	0,00	8.447,27

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/04/2021

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 07/04/2021
HORA: 01:25:55
PÁG : 0001/0008

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL
COMP: 03/2021 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
CLAUDINEIA DA COSTA SILVA		121.51910.66-2	02/08/2012	01		11/02/2021	P2	
0,00	0,00	0,00	0,00			0,00		0,00
CLAUDINEIA DA COSTA SILVA		121.51910.66-2	02/08/2012	01		28/03/2021	Z5	
CLAUDINEIA DA COSTA SILVA		121.51910.66-2	02/08/2012	01		28/03/2021	P2	
CRISTIANA ARANHA		125.49368.01-2	25/02/2016	01	07	28/02/2021	P3	03222
1.173,33	0,00	0,00	21,65			93,87		0,00
CRISTIANA ARANHA		125.49368.01-2	25/02/2016	01		15/03/2021	Z5	03222
CRISTIANA ARANHA		125.49368.01-2	25/02/2016	01		15/03/2021	P1	03222
LEANDRO BEZERRA DA SILVA		126.58431.93-9	12/04/2019	01		08/03/2021	J	03222
697,90	307,13	307,13	75,37			80,41		0,00
FABIANA XAVIER DOS SANTOS		161.05281.67-7	22/01/2018	01		14/01/2021	P2	03222
1.210,57	847,75	0,00	92,45			164,66		0,00
LILIAN CARLA FERNANDES		163.99947.32-5	20/06/2011	01	03	18/03/2021	J	03222
1.952,45	659,26	659,26	208,66			208,93		0,00
LUCAS MOREIRA		190.53085.42-7	16/07/2020	01		09/03/2021	J	03222
492,24	282,58	282,58	58,10			61,98		0,00
LARISSA DE SOUZA RODRIGUES		207.85730.42-1	10/02/2018	01	05	20/11/2020	Q1	03222
1.848,20	847,75	0,00	149,83			215,67		0,00
LARISSA DE SOUZA RODRIGUES		207.85730.42-1	10/02/2018	01		20/03/2021	Z1	03222
ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN		125.26263.14-1	20/11/2014	01	03			03222
2.712,56	988,32	0,00	242,89			296,08		0,00
ALESSANDRA DE MACEDO		190.56543.56-6	01/04/2020	01				04110
2.420,00	0,00	0,00	207,79			193,60		0,00
ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA		129.41766.14-8	01/11/2011	01	03			02236
4.136,79	0,00	0,00	430,42			330,94		0,00

Convenio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 0136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gonçalves"
Tipo de Despesa: Custeio de Promissão

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 03/2021 — COD REC: 115 — COD GPS: 2305 — FPAS: 639 — OUTRAS ENT: — SIMPLES: 1 — RAT: 2.0 — FAP: 0.50 — RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
ANTONIO MARCOS ESTEVES	126.16041.17-2	15/10/2008	01	03		03222
2.499,47 / 0,00	0,00	217,32			199,96	0,00
APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	126.92957.17-4	08/06/2018	01			03222
1.918,66 / 0,00	0,00	156,17			153,50	0,00
ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	126.54635.18-1	19/02/2016	01	03		02235
4.341,87 / 0,00	0,00	459,14			347,35	0,00
BEATRIZ SANTOS RAMOS	160.07271.22-7	22/01/2018	01			03222
1.780,43 / 0,00	0,00	143,73			142,43	0,00
EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	127.24728.17-5	03/01/2011	01	03		03222
2.976,00 / 0,00	0,00	274,51			238,09	0,00
EDUARDO LOPES DOS SANTOS	207.85732.26-2	11/05/2020	01			03251
1.870,00 / 0,00	0,00	151,80			149,60	0,00
ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	160.13156.35-3	01/03/2021	01	05		03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRES	128.46103.14-5	11/04/2020	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	207.11639.66-8	11/06/2020	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	142.74601.07-9	23/05/2019	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
GUILHERME TAVARES GONCALVES	162.03939.86-3	11/11/2019	01			03222
2.025,99 / 0,00	0,00	165,83			162,07	0,00
JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	202.10679.61-6	08/10/2020	01			03222
1.695,50 / 0,00	0,00	136,09			135,64	0,00
KARINA ZIMIANI DONALONSO	128.81383.15-9	18/09/2006	01	03		02236
5.951,62 / 0,00	0,00	684,50			476,12	0,00
LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	136.46361.97-1	01/04/2016	01			02236
4.060,55 / 0,00	0,00	419,75			324,84	0,00
LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	129.25762.18-4	13/10/2008	01	03		03222
3.117,85 / 0,00	0,00	291,53			249,42	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 09-196 - Hospital Geral
"Prefeito Manuel Martins Cualhe
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

GFIP - SEFIP 8.40 (16/12/2020) TABELAS 42.0 (15/01/2021)

DATA: 07/04/2021
HORA: 01:25:55
PÁG : 0003/0008

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 03/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO		127.27417.15-4	06/12/2016	01				02235
3.237,25	0,00	0,00	305,86			258,99		0,00
MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO		180.78748.63-4	01/06/2012	01	03			03222
2.004,92	0,00	0,00	163,94			160,39		0,00
MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA		164.47914.92-4	02/03/2016	01	03			03222
2.354,76	0,00	0,00	199,96			188,38		0,00
MARIA LAURA MARTINS		207.78769.18-0	22/05/2020	01				02235
4.318,79	0,00	0,00	455,90			345,50		0,00
MICHELLE GOUVEIA GONCALVES		126.47271.16-1	22/01/2018	01				03222
1.695,50	0,00	0,00	136,09			135,65		0,00
ODAIR CAMPOS PEDRO		127.44525.15-6	21/08/2018	01				03222
2.035,59	0,00	0,00	166,70			162,85		0,00
RENATA FERNANDES CARLIM		166.94020.84-9	22/01/2018	01				03222
2.029,94	0,00	0,00	166,19			162,39		0,00
RENATA FERREIRA		123.91814.49-8	01/10/2010	01	03			03222
2.764,92	0,00	0,00	249,18			221,20		0,00
ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA		127.50172.16-2	19/12/2019	01				03222
1.728,27	0,00	0,00	139,04			138,27		0,00
ROGERIO VICTOR ROSADO		207.78769.96-2	04/10/2017	01				02234
3.773,25	0,00	0,00	379,53			301,86		0,00
SANDRA REGINA CORREIA BALBINO		125.57824.18-8	03/11/2014	01	03			02235
4.644,42	0,00	0,00	501,49			371,56		0,00
SHAWANA DE SOUZA		190.34161.40-7	07/07/2014	01	03			02235
4.946,16	0,00	0,00	543,74			395,69		0,00
LUZIMARA LOPES DA SILVA		125.20857.22-8	22/03/2021	04		22/03/2021	T1	03222
465,80	34,11	34,11	37,48			40,00		0,00
LUZIMARA LOPES DA SILVA		125.20857.22-8	22/03/2021	04		31/03/2021	T2	03222
ELISANGELA ALVES DA SILVA		126.35436.14-4	11/03/2021	04		11/03/2021	T1	03222
1.219,65	88,39	88,39	99,88			104,65		0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 03/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR / REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI / BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO / CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO / DEPÓSITO		CBO JAM
ELISANGELA ALVES DA SILVA		126.35436.14-4	11/03/2021	04		31/03/2021	T2	03222
PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI		129.53968.15-8	01/11/2020	04		01/03/2021	T1	02235
2.602,49	194,65	194,65	244,28			223,77		0,00
PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI		129.53968.15-8	01/11/2020	04		31/03/2021	T2	02235
THAINA DOS REIS PIO SILVA		166.63663.33-0	16/02/2021	04		01/03/2021	T1	03222
1.797,62	134,82	134,82	155,39			154,59		0,00
THAINA DOS REIS PIO SILVA		166.63663.33-0	16/02/2021	04		31/03/2021	T2	03222
VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO		201.17412.27-3	20/03/2021	04		20/03/2021	T1	03222
626,38	45,13	45,13	50,35			53,72		0,00
VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO		201.17412.27-3	20/03/2021	04		31/03/2021	T2	03222
MONICA TERRUEL		204.21505.61-8	19/03/2021	04		19/03/2021	T1	03222
704,89	52,87	52,87	56,82			60,62		0,00
MONICA TERRUEL		204.21505.61-8	19/03/2021	04		31/03/2021	T2	03222
LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO		204.89227.11-7	20/09/2020	04		01/03/2021	T1	03222
1.998,19	145,66	145,66	174,25			171,50		0,00
LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO		204.89227.11-7	20/09/2020	04		29/03/2021	J	03222
LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO		204.89227.11-7	20/09/2020	04		29/03/2021	T2	03222
NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM		267.03991.72-1	01/11/2020	04		01/03/2021	T1	03222
325,85	23,89	23,89	26,22			27,97		0,00
NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM		267.03991.72-1	01/11/2020	04		31/03/2021	T2	03222

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES COM GRRF CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 03/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	160.13156.35-3	11/12/2020	04	05	01/03/2021	I1	03222
0,01 / 0,00	0,00	0,00			0,00		0,00
ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	160.13156.35-3	11/12/2020	04		01/03/2021	T2	03222
ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	160.13156.35-3	11/12/2020	04		01/03/2021	T1	03222

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR				
100.938,63	4.652,31	1.968,49	9.384,18	8.447,27	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL N° DE CONTROLE: KNGHUrq11Xp0000-4
N° ARQUIVO: BYY3FrwMWw30000-5
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
COMP: 03/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620 SALA 1 BAIRRO: CENTRO
CNAE PREPONDERANTE: 8610101
CIDADE: PROMISSAO UF: SP CEP: 16370-000
CNAE: 8610101

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	36	91.197,75	3.932,79	89.257,52	1.248,97
04	9	9.740,87	719,52	9.740,88	719,52
TOTAIS:	45	100.938,62	4.652,31	98.998,40	1.968,49

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
FGTS

858100000846 472701792100 407651050840 534946100051

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL N° DE CONTROLE: KNGHUrq11Xp0000-4 N° ARQUIVO: BYY3FrwMWw30000-5
COMP: 03/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620 SALA 1 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610101
CIDADE: PROMISSAO UF: SP CEP: 16370-000 CNAE: 8610101

MODALIDADE : "Branco"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	100.938,62
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	4.652,31
QUANTIDADE TRABALHADORES	44

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/04/2021

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
8.447,27	0,00	0,00	0,00	8.447,27

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC DO BRASIL — Nº DE CONTROLE: KNGHUrq11Xp0000-4 — Nº ARQUIVO: BYY3FrwMWw30000-5
COMP: 03/2021 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0005-36
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620 SALA 1 — BAIRRO: CENTRO — CNAE PREPONDERANTE: 8610101
CIDADE: PROMISSAO — UF: SP — CEP: 16370-000 — TELEFONE: 0014 3532 5198 — CNAE: 8610101

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	8.328.58	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	9.384.18
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	1.055.60	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: — PERÍODO FINAL: — VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98)
VALOR INFORMADO: 0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0.00	20 ANOS:	45.351.75	25 ANOS:	0.00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	14	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	1	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	4	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	1	P2:	3	P3:	1	Q1:	1	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0
U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	1	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	2

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.11
0148100148 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 6413-0 - GUARULHOS/VILA ZAIRA
CONTA: 8.768-2

FAVORECIDO: ALESSANDRA DE MACEDO
CPF/CNPJ: 067.209.378-20
VALOR: R$ 2.276,33
DEBITO EM: 07/04/2021

DOCUMENTO: 040702
AUTENTICACAO SISBB: 6.004.406.294.F16.E58

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3025	ALESSANDRA DE MACEDO AUX. ADMINIST.	411005	2	1

Admissão: 01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.000,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	200,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	64,12	64,12	
998	I.N.S.S.	8,59		207,79

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.484,12	207,79
Valor Líquido ⇨	2.276,33

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90886-0 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.000,00	2.420,00	2.420,00	193,60	2.022,62	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3025	ALESSANDRA DE MACEDO AUX. ADMINIST.	411005	2	1

Admissão: 01/04/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.000,00	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	200,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	64,12	64,12	
998	I.N.S.S.	8,59		207,79

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.484,12	207,79
Valor Líquido ⇨	2.276,33

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90886-0 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.000,00	2.420,00	2.420,00	193,60	2.022,62	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.11
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0046-9 - LINS
CONTA: 1.021.312-8

FAVORECIDO: ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI
CPF/CNPJ: 369.984.568-08
VALOR: R$ 1.977,41
DEBITO EM: 07/04/2021

DOCUMENTO: 040703
AUTENTICACAO SISBB: C.F30.966.D11.FB6.FC8

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4543	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
9382	VALE ALIMENTACAO	418,00	418,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.113,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.977,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4543	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
9382	VALE ALIMENTACAO	418,00	418,00	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.113,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.977,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

Convênio nº 0020/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.11
0148100148 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0218-6 - LINS SP
CONTA: 16.499-4

FAVORECIDO: GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA
CPF/CNPJ: 407.996.948-19
VALOR: R$ 1.559,41
DEBITO EM: 07/04/2021

DOCUMENTO: 040704
AUTENTICACAO SISBB: 3.9D0.239.CA1.911.7B7

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/06/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90882-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		11/06/2020

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

BANCO DO BRASIL 1
conta: 90882-7 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
__/__/__ Data

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.11
0148100148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0046-9 - LINS
CONTA: 1.026.571-6

FAVORECIDO: PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI
CPF/CNPJ: 361.830.508-73
VALOR: R$ 2.517,70
DEBITO EM: 07/04/2021

==========

DOCUMENTO: 040705
AUTENTICACAO SISBB: 8.AF5.AA6.69F.6B2.448

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	165,00	1.986,60	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	294,31	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	7,22	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	194,65	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	64,88	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	194,65	
201	HORAS REDUZIDA	1,12	6,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	9,00	48,76	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		14,59
998	I.N.S.S.	8,83		229,69
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		35,16

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.797,14	279,44
Valor Líquido ⇨	2.517,70

BANCO DO BRASIL 58
conta: 70234-X Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
12,04	2.797,14	2.797,14	223,76	2.552,86	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	223505	2	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	165,00	1.986,60	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	294,31	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	7,22	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	194,65	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	64,88	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	194,65	
201	HORAS REDUZIDA	1,12	6,07	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	9,00	48,76	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		14,59
998	I.N.S.S.	8,83		229,69
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		35,16

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.797,14	279,44
Valor Líquido ⇨	2.517,70

BANCO DO BRASIL 58
conta: 70234-X Agência: 0058 - 2

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
12,04	2.797,14	2.797,14	223,76	2.552,86	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.11
0148100148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0007-8 - LINS CENTRO
CONTA: 253.395-2

FAVORECIDO: ELISANGELA ALVES DA SILVA
CPF/CNPJ: 380.936.238-76
VALOR: R$ 1.208,16
DEBITO EM: 07/04/2021

==========

DOCUMENTO: 040706
AUTENTICACAO SISBB: 4.237.DED.EE3.744.87A

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Horista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4241	ELISANGELA ALVES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	110,00	671,00	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	111,83	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	41,18	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	88,39	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	29,46	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	88,39	
201	HORAS REDUZIDA	11,20	30,74	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	90,00	247,05	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		6,62
998	I.N.S.S.	7,65		93,26

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.308,04	99,88
Valor Líquido ⇨	1.208,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.308,04	1.308,04	104,64	1.208,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Horista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4241	ELISANGELA ALVES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	11/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	110,00	671,00	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	111,83	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	41,18	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	88,39	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	29,46	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	88,39	
201	HORAS REDUZIDA	11,20	30,74	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	90,00	247,05	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		6,62
998	I.N.S.S.	7,65		93,26

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.308,04	99,88
Valor Líquido ⇨	1.208,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.308,04	1.308,04	104,64	1.208,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.11
0148100148 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0329-8 - PENAPOLIS
CONTA: 78.043-0

FAVORECIDO: LUZIMARA LOPES DA SILVA
CPF/CNPJ: 294.311.208-95
VALOR: R$ 462,43
DEBITO EM: 07/04/2021

DOCUMENTO: 040707
AUTENTICACAO SISBB: 6.C5E.4A8.5A6.428.056

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4424	LUZIMARA LOPES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	22/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	268,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	29,82	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	10,98	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	34,11	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	11,37	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	34,11	
201	HORAS REDUZIDA	4,48	12,30	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	36,00	98,82	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		2,55
998	I.N.S.S.	7,50		34,93

Total de Vencimentos	Total de Descontos
499,91	37,48
Valor Líquido ⇨	462,43

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	499,91	499,91	39,98	462,43	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4424	LUZIMARA LOPES DA SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	22/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	44,00	268,40	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	29,82	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	10,98	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	34,11	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	11,37	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	34,11	
201	HORAS REDUZIDA	4,48	12,30	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	36,00	98,82	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		2,55
998	I.N.S.S.	7,50		34,93

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
499,91	37,48
Valor Líquido ⇨	462,43

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	499,91	499,91	39,98	462,43	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.12
0148100148 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP
CONTA: 14.513-9

FAVORECIDO: MONICA TERRUEL
CPF/CNPJ: 311.590.058-93
VALOR: R$ 700,94
DEBITO EM: 07/04/2021

DOCUMENTO: 040708
AUTENTICACAO SISBB: 2.09D.653.5F0.46A.2C1

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista Folha Mensal Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4381	MONICA TERRUEL	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	88,00	536,80	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	97,60	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	52,87	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	17,62	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	52,87	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		3,96
998	I.N.S.S.	7,50		52,86

Total de Vencimentos	Total de Descontos
757,76	56,82
Valor Líquido ⇨	700,94

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	757,76	757,76	60,61	700,94	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo. Assinatura do Funcionário

___/___/___ Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 23 DE ABRIL ***

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Horista Folha Mensal Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4381	MONICA TERRUEL	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	19/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	88,00	536,80	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	97,60	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	52,87	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	17,62	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	52,87	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		3,96
998	I.N.S.S.	7,50		52,86

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
757,76	56,82
Valor Líquido ⇨	700,94

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	757,76	757,76	60,61	700,94	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo. Assinatura do Funcionário

___/___/___ Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 23 DE ABRIL ***

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.12
0148100148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0629-7 - PROMISSAO
CONTA: 1.016.804-3

FAVORECIDO: NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM
CPF/CNPJ: 029.450.008-14
VALOR: R$ 323,52
DEBITO EM: 07/04/2021

==========

DOCUMENTO: 040710
AUTENTICACAO SISBB: 6.916.A13.473.41A.525

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	33,00	201,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	29,82	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	7,32	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	23,89	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	7,96	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	23,89	
201	HORAS REDUZIDA	2,24	6,15	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	18,00	49,41	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		1,79
998	I.N.S.S.	7,50		24,43

Total de Vencimentos	Total de Descontos
349,74	26,22
Valor Líquido ⇨	323,52

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	349,74	349,74	27,97	323,52	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	01/11/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	33,00	201,30	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	29,82	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	7,32	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	23,89	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	7,96	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	23,89	
201	HORAS REDUZIDA	2,24	6,15	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	18,00	49,41	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		1,79
998	I.N.S.S.	7,50		24,43

Total de Vencimentos	Total de Descontos
349,74	26,22
Valor Líquido ⇨	323,52

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	349,74	349,74	27,97	323,52	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Convênio nº 000/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.12
0148100148 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP
CONTA: 28.535-6

FAVORECIDO: VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO
CPF/CNPJ: 344.157.558-01
VALOR: R$ 621,16
DEBITO EM: 07/04/2021

==========

DOCUMENTO: 040711
AUTENTICACAO SISBB: F.C79.D13.A8E.18E.B74

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4412	VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	20/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	55,00	335,50	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	67,10	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	24,71	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	45,13	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	15,04	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	45,13	
201	HORAS REDUZIDA	5,60	15,37	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	45,00	123,53	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		3,38
998	I.N.S.S.	7,50		46,97

Total de Vencimentos	Total de Descontos
671,51	50,35
Valor Líquido ⇨	621,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	671,51	671,51	53,72	241,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4412	VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	20/03/2021	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	55,00	335,50	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	67,10	
854	REFLEXO ADIC. NOTURNO DSR	0,00	24,71	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	45,13	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	15,04	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	45,13	
201	HORAS REDUZIDA	5,60	15,37	
205	ADICIONAL NOTURNO 45%	45,00	123,53	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		3,38
998	I.N.S.S.	7,50		46,97

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
671,51	50,35
Valor Líquido ⇨	621,16

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	671,51	671,51	53,72	241,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.12
0148100148 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP
CONTA: 17.205-9

FAVORECIDO: THAINA DOS REIS PIO SILVA
CPF/CNPJ: 432.468.768-43
VALOR: R$ 2.195,05
DEBITO EM: 07/04/2021

==========

DOCUMENTO: 040712
AUTENTICACAO SISBB: 4.C3D.CF1.56D.955.98A

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4191	THAINA DOS REIS PIO SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		16/02/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	231,00	1.409,10	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	208,76	
9382	VALE ALIMENTACAO	418,00	418,00	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	134,82	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	44,94	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	134,82	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		10,11
998	I.N.S.S.	8,08		145,28

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.350,44	155,39
Valor Líquido ⇨	2.195,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.932,44	1.932,44	154,58	1.018,69	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36

CC: ENFERMAGEM UTI
Horista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
4191	THAINA DOS REIS PIO SILVA	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		16/02/2021

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	231,00	1.409,10	
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	208,76	
9382	VALE ALIMENTACAO	418,00	418,00	
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	134,82	
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	44,94	
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	134,82	
825	INSS 13o SALARIO	7,50		10,11
998	I.N.S.S.	8,08		145,28

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.350,44	155,39
Valor Líquido ⇨	2.195,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
6,10	1.932,44	1.932,44	154,58	1.018,69	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.12
0148100148 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO SICOOB SA BANCO S
AGENCIA: 3188-7 - CREDICITRUS
CONTA: 68.534-8

FAVORECIDO: DINAMICA MERCANTIL LTDA
CPF/CNPJ: 00.733.472/0001-53
VALOR: R$ 2.047,50
DEBITO EM: 08/04/2021

DOCUMENTO: 040801
AUTENTICACAO SISBB: 4.7E3.94D.539.C48.DBA

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Prorrogação

DINAMICA MERCANTIL LTDA

RUA MUNICIPAL, 574
HIGIENOPOLIS
15804-025 - Catanduva - SP
(17) 3521-7373

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

Nº 11605 - S1 - FL 1/1

CONTROLE DO FISCO

Chave de acesso
35 2104 00733472000153 55 001 000011605 166573508 1

Consulta de autenticidade no portal nacional da NFe
www.nfe.fazenda.gov.br/portal

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135210373620621 - 07/04/2021 17:03:15-03:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
VENDA		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL ST	CNPJ
260067168111		**00.733.472/0001-53**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			**45.349.461/0001-02**	**07/04/2021**
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03		**JARDIM ARIANO**	**16400-400**	
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	**1435325198**	**SP**		

FATURA

Crediário 08/04/2021 R$ 2.047,5000

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**	**2.047,50**

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**	**2.047,50**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - Sem frete			

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	**VOLUMES**				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	VALOR DESC	BC ICMS	BC ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1284	**DIAZEPAM 10MG/2ML** **Qtd:110 Lote:9075052 Ven:08/09/2022 Fab:08/09/2020** **Qtd:640 Lote:9075049 Ven:17/08/2022 Fab:17/08/2020**	**30049064**	**560**	**5405**	**UN**	**750**	**2,7300**	**2.047,50**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

CÁLCULO DO DIFAL

Valor ICMS UF do Remetente	Valor ICMS UF de Destino	Valor FCP UF Destino
0,00	**0,00**	**0,00**

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
BANCO 756 - BANCO SICOOB CREDICITRUS- AG. 3188-7 C/C 68.534-8 **TITULAR: DINAMICA MERCANTIL LTDA** **Valor Aproximado dos Tributos R$ 567,77 Federal, 245,70 Estadual e 0,00 Municipal Fonte: IBPT 8F6CA7**	

www.fwi.com.br

RECEBEMOS DE DINAMICA MERCANTIL LTDA, OS PRODUTOS CONSTANTES DA NFe INDICADA AO LADO
EMISSÃO: 07/04/2021 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL VALOR TOTAL: 2.047,50

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e** **Nº 11605** **SÉRIE 1** **FOLHA 1/1**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.12
0148100148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 218 - BANCO BS2 S.A.
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 623.158-6

FAVORECIDO: SILVIA H G MARTINS
CPF/CNPJ: 37.846.536/0001-32
VALOR: R$ 14.100,00
DEBITO EM: 08/04/2021

==========

DOCUMENTO: 040802
AUTENTICACAO SISBB: F.779.F79.75A.84A.1DC

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE SILVIA H G MARTINS OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.022 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

SILVIA H G MARTINS **RUA JACATIRÃO II, 230 - CASA - PEREQUE MIRIM, Ubatuba, SP - CEP: 11680000**	**DANFE** Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída [1] **Nº 000.000.022** **SÉRIE: 1** **Página 1 de 1**	CONTROLE DO FISCO CHAVE DE ACESSO **3521 0437 8465 3600 0132 5500 1000 0000 2210 0000 6081** 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		**135210373440226 - 07/04/2021 16:33**
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.**	**CNPJ / CPF**
701188880110		37.846.536/0001-32

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	07/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA DE ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400		
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
Lins	1435325198	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	14.100,00

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	14.100,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
AVENTAL LAMINADO TNT 30 G	AVENTAL LAMINADO TNT 30 G	62101000	0400	5102	PÇ	3.000,0000	4,7000	14.100,00					

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
0000000000			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
	08/04/

09/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:06:58
014800148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA	09/04/2021
NR. DOCUMENTO	553.576.007.004.195
VALOR TOTAL	403.460,64

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN
AGENCIA: 3576-9 CONTA: 7.004.195-4

NR. DOCUMENTO	550.148.000.038.500
NR.AUTENTICACAO	0.CE1.326.BA6.FE7.219

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

09/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:06:58
014800148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 09/04/2021
NR. DOCUMENTO 556.600.000.009.819
VALOR TOTAL 450,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: RONALDO LUCIANO DA SILVA
AGENCIA: 6600-1 CONTA: 9.819-1
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO F.384.3FD.F7C.FB6.62F

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal de Administração e Finanças

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada - NFS-e

Número da Nota	119
Data de Emissão	08/04/2021
Data e Hora da Competência	08/04/2021 às 11:45:35
Código de Verificação	9364-5616-5778

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	24.772.723/0001-77	Cód. Mobiliário	103751	Insc. Mun.	103751
Nome	RONALDO LUCIANO DA SILVA 13097052836			RG/IE	ISENTO
Logradouro	AVENIDA.-JOAO BOSSONARO			Número	30
Bairro	RESIDENCIAL SANTA LUCIA			CEP	16402-530
Município	LINS			UF	SP

Autenticação

Situação: Não Optante do Simples Nacional

Telefones:

E-Mail's:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Dentro do País	Sim		
CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVICOS DE MOTO TAXI	450,0000	1,00	0,00	0,00	450,00

Valor Total dos Serviços - R$450,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL DA NOTA = R$450,00

Atividade

4923001-Serviço de táxi

[LISTA_SERVIÇO] / LCF 116/2003

16.01-SERVIÇOS DE TRANSPORTE COLETIVO MUNICIPAL RODOVIÁRIO, METROVIÁRIO, FERROVIÁRIO E AQUAVIÁRIO DE PASSAGEIROS. SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE NATUREZA MUNICIPAL.

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço	Responsável pelo Imposto
Microempreendedor	Dentro do Município	Prestador dos Serviços

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: RONALDO LUCIANO DA SILVA 13097052836 CNPJ: 24.772.723/0001-77

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada n.º **119** emitida em **08/04/2021** às **11:45:35** - Cód Verif **9364-5616-5778**
Condições de Pagamento: Vencimento: 08/04/2021 Valor Total R$ **450,00** Valor Líquido R$ **450,00**
Ass: _____ em ____/____/_____
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

09/04

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:21:42

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 09/04/2021 Valor R$ 729,83 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 305, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a GUILHERME TAVARES GONÇALV, na conta 21.300, agência 0148 do banco 001.

(Setecentos e vinte e nove reais e oitenta e três centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:21:42

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620, SALA 1				CENTRO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
PROMISSAO	SP	16.370-000	8610-1/01	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome				
162.03939.86-3	GUILHERME TAVARES GONÇALVES				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)					13 Bairro
Rua ANTONIO TORRES, 124					JARDIM PRIMAVERA
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)		18 CPF
PROMISSAO	SP	16.370-000	0010329 - 00358 / SP		380.361.798-73
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe				
10/06/1992	ANA PAULA TAVARES				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado

22 Causa do Afastamento

Rescisão contratual a pedido do empregado

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
2.025,99	11/11/2019	02/03/2021	01/04/2021	SJ1

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 1/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 49,18	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 7,33	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R$ 481,22	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 5/12 avos	R$ 810,13	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 270,04
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 1.617,90**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R$ 847,75
103 Aviso-Prévio Indenizado___/dias	R$ 0,00	112.1 Previdência Social	R$ 4,23	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 36,09
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 888,07**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 729,83**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome		
162.03939.86-3	GUILHERME TAVARES GONÇALVES		
17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
0010329 - 00358 / SP	380.361.798-73	10/06/1992	ANA PAULA TAVARES

CONTRATO

22 Causa do Afastamento				
Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento	29 Pensão Alim. (%) FGTS
11/11/2019	02/03/2021	01/04/2021	SJ1	0,00
30 Categoria do Trabalhador				
01 - Empregado				

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legitimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.
Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Promissão / 20 de maio de 2021.

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Até a data o Sr. Guilherme Tavares não compareceu para assinar.

Promissão, 20 de maio de 2021.

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).

AHBB | REDE SANTA CASA

Prestação de Contas

Abril
2021
2/2

Convênio nº 00004/2021

Promissão

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

www.ahbb.org.br
contato@ahbb.org.br
14 3532 5198
Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:12
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500352712638171385860000017990
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.201
NOSSO NUMERO	31399550052712638
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	179,90
VALOR COBRADO	179,90

NR.AUTENTICACAO C.1ED.FBC.D29.5D5.739

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

fit telecom

R$ 179,90

VENCIMENTO
10/04/2021

EMISSÃO: 30/03/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 4/2021
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 52712638

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura continuamsendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informaçõesa serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056	R$	179,90
	TOTAL		**R$**	**179,90**

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2º via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500352712638171385860000017990

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/04/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **30/03/2021**	Número do Documento **52712638**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550052712638**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **R$**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **179,90**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ: 45.349.461/0001-02** **AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303** **JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**					CNPJ: 45.349.461/0001-02 Ficha de Compensação

12/04/

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:13
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100771191186185860000233980
BENEFICIARIO:
THOMSON REUTERS BRAS
NOME FANTASIA:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
BENEFICIARIO FINAL:
THOMSON REUTERS BRAS
CNPJ: 00.910.509/0013-05
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.202
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.339,80
VALOR COBRADO	2.339,80

NR.AUTENTICACAO 8.7BA.294.4AE.1C3.34D

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
1442453	**1501643**

Data da emissão da nota: **16/03/2021 19:29:27**

Data do fato gerador: **14/03/2021 10:17:00**

Código de verificação: **CZBF-47LGR**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x11)-5047**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nª Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Endereço: **Avenida José Ariano Rodrigues,** Número: **303** Bairro: **Jardim Ariano** CEP: **16400-400**
Município: **LINS** País: UF: **SP**
E-mail: **financeiro@ahbb.org.br** Telefone: **(1**43) 5325-198**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio Empresarial conf. contrato(s): 129336 comp.: 3/2021.	2.493,13	1	2.493,13	2.493,13 x	2,00 =	49,86

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VENCIMENTOS: (10/04/2021 - 2.493,13) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 16,21	R$ 74,79	R$ 0,00	R$ 37,40	R$ 24,93
	VALOR BRUTO DA NOTA = R$ 2.493,13		**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.339,80**	

Código do serviço:
0107 / Suporte técnico em informática inclusive instalação, configuração e manutenção de programas de computação e bancos de dados.

Valor das Deduções(R$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R$)	
0,00	**2.493,13**	**2,00**	**49,86**	

OUTRAS INFORMAÇÕES

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:13
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532418175985860000002040
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.203
NOSSO NUMERO	31399550057532418
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	20,40
VALOR COBRADO	20,40

NR.AUTENTICACAO 2.DD9.B74.7F6.69D.147

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

fit telecom

R$ 20,40

VENCIMENTO
10/04/2021

EMISSÃO: 10/04/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 9/2020
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 57532418

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informaçõesa serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056					R$	20,40
	TOTAL						**R$**	**20,40**

Retenções na fonte: IRRF: R$ 0,00 / PIS: R$ 0,00 / Cofins: R$ 0,00 / Csll: R$ 0,00 - Total de Retenções: R$ 0,00

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2º via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532418175985860000002040

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/04/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **14/09/2020**	Número do Documento **57532418**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550057532418**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **R$**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **20,40**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02** **AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303** **JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**					CNPJ: 45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:13
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532431178585860000001000
BENEFICIARIO:
FIT TELECOM LTDA
NOME FANTASIA:
FIT TELECOM LTDA.
CNPJ: 10.310.323/0001-35
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.204
NOSSO NUMERO	31399550057532431
CONVENIO	03139955
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	10,00
VALOR COBRADO	10,00

NR.AUTENTICACAO 4.D58.BFE.AEE.FE6.0CA

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FIT TELECOM LTDA
BRASILIA, 2121 SALA 1905
JARDIM NOVA YORQUE, ARACATUBA, SP
CEP: 16018-000
INS. EST.:
CNPJ: 10.310.323/0001-35

fit telecom

R$ 10,00

VENCIMENTO
10/04/2021

EMISSÃO: 10/04/2021

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO

DADOS DE FATURAMENTO:
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
JARDIM ARIANO, LINS, SP
CEP: 16400400
CNPJ: 45.349.461/0001-02

DADOS DE INSTALAÇÃO:
R EURICO GASPAR DUTRA, 620
CENTRO, PROMISSAO, SP
CEP: 16370000

REFERÊNCIA: 9/2020
CNPJ: 45.349.461/0001-02
CONTRATO: 267056

FATURA UNIFICADA: 57532431

IMPORTANTE PARA SUA EMPRESA

A sua conta está de cara nova, mais completa, com novo layout e facilidades para deixar seu dia a dia muito mais prático. Com um novo visual onde a nota fiscal e a fatura estão separadas. Na nota fiscal você encontra somente informações dos serviços telecom contratados. E na fatura da sua empresa continuam sendo apresentados todos os serviços contratados, além dos valores excedentes. Em virtude das informações a serem encontradas na nota fiscal e na fatura, essas poderão apresentar valores diferentes.

Central de Relacionamento: 0800 771 92 10 | WhatsApp (18) 3638-4001 | www.fittelecom.com.br

VEJA O RESUMO DA SUA CONTA

ITEM	SERVIÇOS	CONTRATO	NF	ICMS	ISS	PIS/COFINS		VALOR
01	FIT | FIT NEGOCIOS 100MB	267056					R$	10,00
	TOTAL						**R$**	**10,00**

Retenções na fonte: IRRF: R$ 0,00 / PIS: R$ 0,00 / Cofins: R$ 0,00 / Csll: R$ 0,00 - Total de Retenções: R$ 0,00

CONTA DIGITAL: BAIXE O APP - FIT TELECOM

- Baixar e imprimir 2º via de conta | - Baixar termo de quitação anual | - Visualizar todas as faturas do mesmo grupo econômico | - Visualizar contas dos útilmos meses

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Em atendimento à Lei 12.741/2012. As contribuições ao FUST (1%) FUNTTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas.

FORMA DE PAGAMENTO: BOLETO

BANCO DO BRASIL

00190000090313995500357532431178585860000001000

Local de Pagamento **Qualquer agência bancária, internet bank ou lotérica.**					Vencimento **10/04/2021**
Beneficiário **FIT TELECOM LTDA 10.310.323/0001-35**					Agência/Código Beneficiário **0348 / 86117-0**
Data Documento **14/09/2020**	Número do Documento **57532431**	Espécie Doc. **DM**	Aceite **N**	Data Processamento	Nosso Número **31399550057532431**
Uso do Banco	Carteira **001**	Espécie Moeda **R$**	Qtde moeda	(x) Valor	(=) Valor do Documento **10,00**
Instruções (texto de responsabilidade do beneficiário) **APOS VENCIMENTO, MULTA DE R$ 10,00 MAIS JUROS DE 1% AO MES**					(-) Desconto (-) Outras Deduções/Abatimento (+) Mora/Multa/Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
Pagador **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL PROMISSAO CNPJ: 45.349.461/0001-02** **AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303** **JARDIM ARIANO, LINS, SP - CEP: 16400400**					CNPJ: 45.349.461/0001-02

Ficha de Compensação

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:13
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080796815271512711770003785860000171410
BENEFICIARIO:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
NOME FANTASIA:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
CNPJ: 14.335.544/0001-19
BENEFICIARIO FINAL:
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA
CNPJ: 14.335.544/0001-19
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.205
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.714,10
VALOR COBRADO	1.714,10

NR.AUTENTICACAO 2.7C7.62E.14A.AE3.464

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BELIVE MEDICAL

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500
Fax: (19)3256-0500

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 73.237
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3521.0214.3355.4400.0119.5500.0000.0732.3710.1230.7861

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

DADOS DA NF-e
135210205201108 - 24/02/2021 12:56:28

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
795.194.063.113		14.335.544/0001-19

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	24/02/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03	CENTRO	16370-000	24/02/2021

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Lins	(014)3541-1544	SP		12:56:01

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CPF/CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

73237/1 - 10/04/21 - 1714,10

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
1.714,10	227,99	0,00	0,00	1.714,10

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	ALIQ. IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.714,10	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
16	CAIXAS			220,5000	220,5000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT. /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BL BAXTER Lote: PR316X4 - 30/03/2022 Qtde: 7.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A / CEST: 13.004.00	500 5102	CX	7,0000	138,6000	0,0000 0,0000 %	970,20	970,20	129,04 0,00	0,00	13,30	0,00
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BL BAXTER Lote: PR319R4 - 17/11/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24 / CEST: 13.004.00	500 5102	CX	1,0000	99,0000	0,0000 0,0000 %	99,00	99,00	13,17 0,00	0,00	13,30	0,00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BL BAXTER Lote: PR319L8 - 12/11/2022 Qtde: 3.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D / CEST: 13.004.00	500 5102	CX	3,0000	63,0000	0,0000 0,0000 %	189,00	189,00	25,14 0,00	0,00	13,30	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BL BAXTER Lote: PR316R0 - 19/09/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	1,0000	57,6000	0,0000 0,0000 %	57,60	57,60	7,66 0,00	0,00	13,30	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI Promissao - Convenio 031/2015-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA N620.PROMISSAO-SP / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

BOLETO ANEXO

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/__

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FIS
EMISSÃO: 24/02/2021 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT Total NF: 1.714,10 Volume: 16 Número Pedido: 1230679	NF-e Nº: 73237 SÉRIE: 0 FOLHA: 2/2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500
Fax: (19)3256-0500

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 73.237
SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3521.0214.3355.4400.0119.5500.0000.0732.3710.1230.7861

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

DADOS DA NF-e
135210205201108 - 24/02/2021 12:56:28

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
795.194.063.113		14.335.544/0001-19

2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087 CX84BL BAXTER Lote: PR312W0 - 16/01/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	1,0000	159,6000	0,0000 0,0000 %	159,60	159,60	21,23 0,00	0,00	13,30	0,00
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BL BAXTER Lote: PR318P6 - 29/04/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	1,0000	107,5000	0,0000 0,0000 %	107,50	107,50	14,30 0,00	0,00	13,30	0,00
974 30049099	GLICOSE 5% 500ML AZB0063 CX30BL BAXTER Lote: PR319A2 - 08/05/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: F904A441-294E-47B7-95ED-7A707AF88EFF	500 5102	CX	1,0000	72,0000	0,0000 0,0000 %	72,00	72,00	9,58 0,00	0,00	13,30	0,00
1089 30049099	GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BL BAXTER Lote: PR315N5 - 28/02/2022 Qtde: 1.00 Numero da FCI: BB2C7443-F4C1-441F-A2B0-7A88B80F0961	500 5102	CX	1,0000	59,2000	0,0000 0,0000 %	59,20	59,20	7,87 0,00	0,00	13,30	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI Promissao - Convenio 031/2015-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA N620 PROMISSAO-SP / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:13
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399121986340000003811586001015285880000123500
BENEFICIARIO:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
CIRURGICA NEVES LTDA
CNPJ: 04.182.003/0001-44
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
CNPJ: 04.182.003/0001-44
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.206
DATA DE VENCIMENTO	12/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.235,00
VALOR COBRADO	1.235,00

NR.AUTENTICACAO E.463.C15.26C.524.F18

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CIRURGICA NEVES LTDA EPP.

Neves

RUA 24 DE DEZEMBRO, 1360 - ALTO CAFEZAL - MARILIA - SP - CEP: 17504-010
Fone: (14)3413-2483 - FAX: (14)3413-2483
cirurgicaneves@cirurgicaneves.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.014.818
Série 003
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0304 1820 0300 0144 5500 3000 0148 1810 6876 8030

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	135210281593160 15/03/2021 15:03:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTARIO	CNPJ / CPF
438194872116		04.182.003/0001-44

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	15/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	15/03/2021
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	SP	(14)3541-0969		

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 20049 - Valor Original: R$ 1.235,00 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLiquido: R$ 1.235,00

DUPLICATAS

Número	001
Vencimento	12/04/2021
Valor	R$1.235,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST	VALOR DO ICMS SUBST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.235,00	222,30	0,00	0,00	1.235,00

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	1.235,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
O MESMO	0 - REMETENTE				04.182.003/0001-44
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
O MESMO	O MESMO			SP	438194872116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Vol./Caixas	Diversos			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ % ICMS	ALIQ % IPI
5071	EQUIPO GIRASET EG 0421 000 EST (CX 50UN) LOTE FEV21900233703500B	90189099	000	5102	UN	50,0000	24,7000	0,00	1.235,00	1.235,00	222,30	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Vr Aprox.Trib. IBPT/Empresometro 182C/D529CB ==> R$ Fed:80,65 Est:148,20 Munic:0,00 Venda Presencial ESTABELECIMENTO IMPEDIDO DE RECOLHER O ICMS/ISS PELO SIMPLES NACIONAL;NOS TERMOS DO 1 DO ART. 20 DA LEI COMPLEMENTAR N 123, DE 2006 NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. ORCAMENTO: 21.774 PEDIDO: 020049___VENDEDOR: ___CONDICAO DE PAGTO: 28 DIAS___COBRANCA: ___CLIENTE: 701	

Deltress Sistemas - Versão 4

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 15/03/2021 15:04:01

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/____

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:13
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190617536658193347100001526110385900000509311
BENEFICIARIO:
SAMTRONIC I COMERCIO LTDA
NOME FANTASIA:
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI
CNPJ: 58.426.628/0001-33
PAGADOR:
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.207
NOSSO NUMERO	6175665819
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	12/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.093,11
VALOR COBRADO	5.093,11

NR.AUTENTICACAO 8.A84.D96.37E.71A.429

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Samtronic Indústria e Comércio Ltda. Rua Venda da Esperança, 162- Bairro Socorro São Paulo – SP CEP: 04763-040 Fone: (11) 2244-7750 - Fax: (11) 2244-7751 CNPJ: 58.426.628/0001-33 Inscrição Municipal: 94911827 www.samtronic.com.br - sac@samtronic.com.br	**RECIBO DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS Nº** 008022 **Natureza Operação:** LOCAÇÃO **Prestação de:** LOCAÇÃO DE BENS **Data de Emissão:** 15/03/2021

USUÁRIO FINAL OU DESTINATÁRIO

Nome/Razão Social ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL			**CNPJ** 45.349.461/0001-02
Endereço AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		**Bairro** CENTRO	**CEP** 16400400
Cidade LINS	**TELEFONE** 14 3532-5198	**UF** SP	**Inscrição Estadual**
Contrato 1.01.102848/016		**Vencimento** 14/04/2021	

CÓDIGO - DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
SO999997 - SERVICOS DE LOCACAO (LOCADOR)	1,00	5.093,11	5.093,11

VALOR TOTAL R$ 5.093,11

Observações

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

 # Operação Não Tributada Pelo ISS, conforme Lei Complementar Nº 116 de 31/07/2003, publicada no D.O.U. de 01/08/2003, Portaria CAT Nº 74/2003 e Lei 13.701/2003.

__/__/____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.13
0148100148 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0912-1 - PLATAFORMA CORP S PAULO
CONTA: 5.686-8

FAVORECIDO: TICKET SERVICOS SA
CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74
VALOR: R$ 17.887,14
DEBITO EM: 12/04/2021

DOCUMENTO: 041208
AUTENTICACAO SISBB: 2.1DD.7AD.DF9.EEC.E13

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VA - Promissão

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 371551 Série D1, emitido em 25/02/2021

20210305u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
27477990	25/02/2021 08:04:11	NQMU-QZXG

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**
Nome/Razão Social: **TICKET SERVICOS S.A**
Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - PINHEIROS - CEP: 05425-070**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: ----
Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **wgalenti@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 42 R$17.290,00
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$311,22
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Pedido Web: 870435 Ped GP: 32720837 Contrato: 2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$0,00
Data de Vencimento: 05/04/2021

VALOR TOTAL: R$16.978,78

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 0,00

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

Código do Serviço
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 371551 Série D1, emitido em 25/02/2021;

17.887,14

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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 indicata.

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket® uma marca Edenred

Ticket Serviços S/A
Av. Dra. Ruth Cardoso, 7815 - Torre II 4º, 6º e 7º andares
Pinheiros - São Paulo - SP - CEP 05425-070

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09032 85157.062937 81658.220009 6 85810001697878

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A	2938/16582-2	R$		109/03851570-6

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.MB-371551	47.866.934/0001-74	05/04/2021	16.978,78

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09032 85157.062937 81658.220009 6 85810001697878

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento: **05/04/2021**

Beneficiário
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A

Agência/Código do Beneficiário: **2938/16582-2**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
25/02/2021	1.MB-371551	DS	NAO	25/02/2021

Nosso Número: **109/03851570-6**

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento
		R$		

(=) Valor do Documento: **16.978,78**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO
COBRAR MORA DIARIA DE: R$8,49
***** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS *****
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO

COBRANCA ESCRITURAL SEM EMISSAO DE DUPLICATA
NAO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA **45.349.461/0001-02**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 - JARDIM ARIANO - 16400400 - LINS - SP

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 870435

Realizado em: 24/02/2021

Valor (R$): 17.290,00

Método Pagamento: Faturamento

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 17.290,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega: 01/03/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
104.023.558-14	4	ADRIANA S M BAZAN	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
067.209.378-20	6720937820	ALESSANDRA DE MACEDO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
340.698.778-86	34069877886	ANA ALICE SILVA PAZIN	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
300.731.678-27	3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
276.091.198-57	5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
322.696.618-93	2426	APARECIDA C NASCIMENT	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
275.748.668-30	38	ARETUZA F C RI	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
052.195.065-10	5219506510	BEATRIZ SANTOS RAMOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
078.482.718-46	10	CLAUDINEIA COSTA SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
217.097.448-20	40	CRISTIANA ARANHA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
219.311.998-84	16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
308.741.158-25	12	EDUARDA L G SANDES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
439.134.428-98	43913442898	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
369.984.568-08	36998456808	ELISA D M CASTELAN	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
323.854.508-60	32385450860	FABIANA XAVIER SANTOS	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
351.009.688-69	35100968869	GISLAINE C H FRE	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
407.996.948-19	40799694819	GREGORY AGUIAR ALMEIDA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
482.958.838-10	48295883810	GUILHERME H C SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Data de Crédito:

Data de Entrega: 01/03/2021

Valor dos Benefícios (R$): 17.290,00

Quantidade de Beneficiários: 42

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
380.361.798-73	38036179873	GUILHERME T GONCALVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
145.689.928-77	2075	IZABEL C F PALHA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
395.058.738-16	39505873816	JORGE LUIZ MOURA BARRETO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
245.841.608-05	13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
418.674.978-75	41867497875	LARISSA SOUZA RODRIGUES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
299.351.608-66	29935160866	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
324.444.418-00	1868	LIDIANE MERCE SILVA LEAL	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
365.098.118-12	14	LILIAN CARLA FERNANDES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
429.971.978-64	42997197864	LUCAS MOREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
393.654.448-45	39365444845	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
215.502.518-13	18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
307.283.138-63	2081	MARCIA A M RIBE	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
145.688.698-38	24	MARCIA M B CANDIO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
345.644.938-09	41	MARIA A P LAMONATO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
405.914.448-79	40591444879	MARIA LAURA MARTINS	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
309.171.838-78	30917183878	MICHELLE G GONCALVES	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
216.869.928-31	2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
361.830.508-73	36183050873	PRISCILLA C C DINA	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
294.359.668-02	29435966802	RENATA FERNANDES CARLIM	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
147.484.228-31	26	RENATA FERREIRA	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
337.884.598-83	33788459883	ROGERIO T A PEREI	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
402.114.408-09	2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	AHBB PROMISSAO	R$ 418,00
255.373.548-02	30	SANDRA R C BALBINO	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00
358.536.168-46	31	SHAWANA DE SOUZA	AHBB PROMISSAO	R$ 380,00

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PROMISSAO		01/03/2021	42	R$ 17.290,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	42	R$ 17.290,00

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 17.290,00
TOTAL	R$ 17.290,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

NOTA DE DEBITO

Número	Data de Emissão
371551-ND	25/02/2021

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 59871202

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815, ANDAR 4 6 e 7 TORRE II - PINHEIROS - CEP:

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 42 R$17.290,00
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$311,22
Pedido Web: 870435 Ped GP: 32720837 Contrato: 2004030048091 IE:ISENTO IM:

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VALOR TOTAL: R$ 16.978,78

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DEBITO	FORMA DE PAGAMENTO
371551-ND	R$ 16.978,78	05/04/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 371551 de 25/02/2021.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.13
0148100148 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0912-1 - PLATAFORMA CORP S PAULO
CONTA: 5.686-8

FAVORECIDO: TICKET SERVICOS SA
CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74
VALOR: R$ 840,64
DEBITO EM: 12/04/2021

DOCUMENTO: 041209
AUTENTICACAO SISBB: 9.6BC.CE8.9AB.F84.667

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VR - Promissão

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 371550 Série D1, emitido em 25/02/2021

20210305u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
27477987	25/02/2021 08:04:10	PGXT-F9TN

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**
Nome/Razão Social: **TICKET SERVICOS S.A**
Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - PINHEIROS - CEP: 05425-070**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**
Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **wgalenti@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

```
TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 5 R$816,73
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$18,78
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Pedido Web: 870436 Ped GP: 32720839 Contrato: 2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$0,00
Data de Vencimento: 05/04/2021

VALOR TOTAL: R$797,95
```

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 0,00

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

Código do Serviço
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 371550 Série D1, emitido em 25/02/2021;

840,64

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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 indicata.

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket® uma marca Edenred

Ticket Serviços S/A
Av. Dra. Ruth Cardoso, 7815 - Torre II 4º, 6º e 7º andares
Pinheiros - São Paulo - SP - CEP 05425-070

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09032 85156.722937 81658.220009 8 85810000079795

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A	2938/16582-2	R$		109/03851567-2

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.MB-371550	47.866.934/0001-74	05/04/2021	797,95

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09032 85156.722937 81658.220009 8 85810000079795

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento: **05/04/2021**

Beneficiário
47.866.934/0001-74 TICKET SERVICOS S/A

Agência/Código do Beneficiário: **2938/16582-2**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
25/02/2021	1.MB-371550	DS	NAO	25/02/2021	109/03851567-2

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento
		R$			797,95

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

COBRAR 10% DE MULTA APOS O VENCIMENTO
COBRAR MORA DIARIA DE: R$0,40
***** VALOR DE MORA DIARIA EXPRESSO EM REAIS *****
TITULO SUJEITO A PROTESTO APOS O VENCIMENTO

COBRANCA ESCRITURAL SEM EMISSAO DE DUPLICATA
NAO RECEBER APOS 30 DIAS DO VENCIMENTO

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

Pagador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA **45.349.461/0001-02**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 03 - JARDIM ARIANO - 16400400 - LINS - SP

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 870436
Realizado em: 24/02/2021
Valor (R$): 816,73
Método Pagamento: Faturamento

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE
Valor dos Benefícios (R$): 816,73
Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 5
Data de Entrega: 01/03/2021

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
275.748.668-30	38	ARETUZA FERNANDES DE	AHBB PROMISSAO				R$ 146,28
307.283.138-63	2081	MARCIA APARECIDA	AHBB PROMISSAO				R$ 146,28
405.914.448-79	40591444879	MARIA LAURA MARTINS	AHBB PROMISSAO				R$ 243,80
361.830.508-73	36183050873	PRISCILLA CHRISTINA COSTA	AHBB PROMISSAO				R$ 134,09
255.373.548-02	30	SANDRA REGINA CORREIA	AHBB PROMISSAO				R$ 146,28

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB PROMISSAO		01/03/2021	5	R$ 816,73
			TOTAL BENEFÍCIOS	5	R$ 816,73

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 816,73
TOTAL	R$ 816,73

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

NOTA DE DEBITO

Número	Data de Emissão
371550-ND	25/02/2021

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 59871202

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815, ANDAR 4 6 e 7 TORRE II - PINHEIROS - CEP:

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 5 R$816,73
DESCONTOS CONCEDIDOS -R$18,78
Pedido Web: 870436 Ped GP: 32720839 Contrato: 2004030057121 IE:ISENTO IM:

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

VALOR TOTAL: R$ 797,95

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DEBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DEBITO	FORMA DE PAGAMENTO
371550-ND	R$ 797,95	05/04/2021

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DEBITO é relativa a RPS 371550 de 25/02/2021.

13/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 12:18:17
014800148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 13/04/2021
NR. DOCUMENTO 554.044.000.013.845
VALOR TOTAL 7.044,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MEDILAR PROD MED HOSP LT
AGENCIA: 4044-4 CONTA: 13.845-2
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500
==========
NR.AUTENTICACAO 9.682.E87.8F5.D41.8B3

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

MEDILAR IMPORT E DISTR DE PRODUTOS MEDICO HOSPITAR ES SA
RUA NORBERTO OTTO WILD, 420
IMIGRANTE Cep:96880-000
VERA CRUZ/RS
Fone: 555137187600 Fax : 55-51-37187600
medlive@medlive.com.br - www.medlive.com.br

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]
N. 000628778
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
4321 0407 7522 3600 0123 5500 1000 6287 7811 0003 1868

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERC.	143210071626906 13/04/2021 13:54:11-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
1560020579	821012618116	07.752.236/0001-23

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	13/04/2021

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

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001 13/04/2021 7.044,00								

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
7.044,00	281,76	0,00	0,00	7.044,00

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	7.044,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPIDAS L	0-EMITENTE				06.321.409/0001-96

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTR JOSE SEDANO, 854	CAMPINAS	SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2	VOLUME			16,000	16,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
04375	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4G+0,5G 10 F/A IV GEN ABL LOTE: PL0420080A - DT.VALID: 31/10/22 - COD.PROD.FABR.: 11705 - REG. M. S .: 1556200340071 - FABRICANTE: ANTIBI OTICOS DO BRASIL LTDA	30041019	200	6108	FA	200,00	35,22000	7.044,00	7.044,00	281,76	0,00	4.00%	0.00%

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 143210071626906
Vendedor: UILIAM SCHERER
Pedido(s): 371966 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 2500.62 (35,50%). Fonte: IBPT.Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza - FCP da UF de destino: R$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R$ 563.52. Valor do ICMS Interestadual para a UF do remetente: R$ 0.

Prezado Cliente,
Para que o recebimento do seu pedido ocorra sem nenhum transtorno, a Medilar solicita que:
- A mercadoria seja conferida no ato da entrega e qualquer divergencia e/ou avaria seja descrita no verso do conhecimento de frete.
- Divergencias referentes ao pedido deverao ser comunicadas ao SAC da Medilar (51-37187640) em ate 24h apos o recebimento do pedido.

RESERVADO AO FISCO

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3321616340317341
16/05/2021 18:22:54

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 13/04/2021 Valor R$ 3.650,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 307, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA ANGELICA PRADO LAMO, na conta 107.124, agência 0148 do banco 001.

(Três mil e seiscentos e cinqüenta reais e vinte e nove centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:22:54

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	12462	00298

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
02/03/2020 A 01/03/2021	16/04/2021 A 15/05/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.408,43
Média Horas:	367,12
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	360,84
TOTAL BASE CALCULO:	2.136,39

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	2.136,39	P
1/3 das Férias:	712,13	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	1098,16	P
Desconto da Previdência:	259,21	D
Desconto do Imposto de Renda:	37,18	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	3.946,68	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	296,39	D
TOTAL LIQUIDO:	3.650,29	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R$ 3.650,29 (três mil seiscentos e cinqüenta reais e vinte e nove centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL Data: 17/03/2021

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 em PROMISSAO a importância de R$ 3.650,29(três mil seiscentos e cinqüenta reais e vinte e nove centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 14/04/2021
PROMISSAO

MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
do Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.13
0148100148 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R$ 87.802,50
DEBITO EM: 13/04/2021

DOCUMENTO: 041301
AUTENTICACAO SISBB: A.9B2.1AF.1D5.AEC.373

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
422

Data e Hora da Emissão	09/04/2021 11:03:35	Competência	9/4/2021	Código de Verificação	BXVXYCPIC
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	3419-8647	e-mail	

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400				
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - DO HOSPITAL GERAL PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSÃO

Plantonistas Coordenação/Diaristas

Convênio 11600/2020

Quantidades de plantões: 60

Referente Abril de 2021

Código do Serviço / Atividade

7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	608,12	COFINS (R$)	2.806,68	IR (R$)	1.403,34	INSS (R$)		CSLL (R$)	935,56

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	93.556,20	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	93.556,20
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	5.753,70	0-Nenhum	Base de Cálculo	93.556,20
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	87.802,50	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R$	1.871,12
		2-Não		

Avisos
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://SaoCarlos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

13 04 1

Promissao - UTI

Winter - Gestão e Consultoria Médica

Maio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	26/04	**27/04**	**28/04**	**29/04**	**30/04**	**01/05**	**02/05**
DIURNO 07:00 19:00						Francisco Zap arolli	Francisco Zap arolli
						Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves
Noturno 19:00 07:00						Francisco Zap arolli	Francisco Zap arolli
						Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves
	03/05	**04/05**	**05/05**	**06/05**	**07/05**	**08/05**	**09/05**
DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gon çalves	Cristian	Cristian	Gabriela Gon çalves	Cristian	Cristian	Cristian
	Matheus Maci el	Nevile Junior	Gabriela Gon çalves	Francisco Zap arolli	Gabriela Gon çalves	Nevile Junior	Nevile Junior
Noturno 19:00 07:00	Cristian	Cristian	Mauricio L.	Cristian	Cristian	Cristian	Gabriela Gon çalves
	Gabriela Gon çalves	Nevile Junior	Gabriela Gon çalves	Francisco Zap arolli	Nevile Junior	Nevile Junior	Guilherme Be nfatti
	10/05	**11/05**	**12/05**	**13/05**	**14/05**	**15/05**	**16/05**
DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Luiza Monteir o	Francisco Zap arolli	Amauri Junior	Nevile Junior	Nevile Junior
	Nevile Junior	Iara Daiane	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Iara Daiane	Guilherme Be nfatti
Noturno 19:00 07:00	Fabricio Alme ida	Gabriela Gon çalves	Mauricio L.	Francisco Zap arolli	Amauri Junior	Nevile Junior	Gabriela Gon çalves
	Gabriela Gon çalves	Iara Daiane	Amauri Junior	Enéias Medin a	Gabriela Gon çalves	Iara Daiane	Nevile Junior
	17/05	**18/05**	**19/05**	**20/05**	**21/05**	**22/05**	**23/05**
DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Luiza Monteir o	Francisco Zap arolli	Amauri Junior	Ofélia Takiguc hi	Ofélia Takiguc hi
	Fabricio Alme ida	Iara Daiane	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves
Noturno 19:00 07:00	Fabricio Alme ida	Gabriela Gon çalves	Mauricio L.	Francisco Zap arolli	Amauri Junior	Ofélia Takiguc hi	Gabriela Gon çalves
	Gabriela Gon çalves	Iara Daiane	Amauri Junior	Enéias Medin a	Nevile Junior	Gabriela Gon çalves	Nevile Junior
	24/05	**25/05**	**26/05**	**27/05**	**28/05**	**29/05**	**30/05**
DIURNO 07:00 19:00	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Luiza Monteir o	Francisco Zap arolli	Amauri Junior	Ofélia Takiguc hi	Ofélia Takiguc hi
	Fabricio Alme ida	Iara Daiane	Juliana Santo s	Gabriela Gon çalves	Gabriela Gon çalves	Iara Daiane	
Noturno 19:00 07:00	Fabricio Alme ida	Gabriela Gon çalves	Mauricio L.	Francisco Zap arolli	Amauri Junior	Ofélia Takiguc hi	Cristian

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Amauri Junior	Enéias Medina	Gabriela Gonçalves	Iara Daiane	Nevile Junior
	31/05	**01/06**	**02/06**	**03/06**	**04/06**	**05/06**	**06/06**
DIURNO 07:00 19:00	Cristian						
	Matheus Maciel						
Noturno 19:00 07:00	Cristian						
	Gabriela Gonçalves						

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

https D4Sign 0bbd3769-315d-4dd3-a54f-48cebfcdfce3 - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar ntFooter=false&pri...
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

6 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 13 de maio de 2021 13:36:16

Escala UTI Promissão 05 2021 pdf

Código do documento 0bbd3769-315d-4dd3-a54f-48cebfcdfce3

Assinaturas

Alejandro cristian muniz de souza
cristiandesouza@hotmail.com
Assinou

Amauri Pinto da Silva Junior
amaurimed@hotmail.com
Assinou

Enéas Medina Martines
9eneas@gmail.com
Assinou

Fabrício Farias Cardoso de Almeida
ffcalmeida@hotmail.com
Assinou

Francisco de Assis Zaparolli de Oliveira
chico_zaparolli@yahoo.com.br
Assinou

Gabriela Lopes Gonçalves
dragabrielalgoncalves@gmail.com
Assinou

Guilherme Café Soares Benfatti
guilbenf@gmail.com
Assinou

Iara Daiane Alves de Almeida
Iara.dealmeida@hotmail.com
Assinou

Luiza Gonçalves Monteiro
luizagm2@gmail.com
Assinou

Matheus Maciel Ballassini
mmballassini@hotmail.com
Assinou

Mauricio Lucianelli
mlucianelli@terra.com.br
Assinou

Nevile Riema de Paula Junior
nevile@bol.com.br
Assinou

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ofélia Takiguchi
ofelia.mt@hotmail.com
Assinou

Eventos do documento

11 May 2021, 12:16:15
Documento número 0bbd3769-315d-4dd3-a54f-48cebfcdfce3 **criado** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-05-11T12:16:15-03:00

11 May 2021, 12:23:25
Lista de assinatura **iniciada** por STEFANY LARISSA MEDEIROS DE OLANDA (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2021-05-11T12:23:25-03:00

11 May 2021, 13:08:52
ENEAS MEDINA MARTINES **Assinou** (Conta e2b3fbe1-253d-48bc-a68c-70aa915e5203) - Email: 9eneas@gmail.com - IP: 177.25.203.118 (ip-177-25-203-118.user.vivozap.com.br porta: 1410) - Geolocalização: -21.4264145390384[illegible] -50.0691073794583 - Documento de identificação informado: 098.049.118-50 - DATE_ATOM: 2021-05-11T13:08:52-03:00

11 May 2021, 14:20:02
AMAURI PINTO DA SILVA JUNIOR **Assinou** (Conta 7ca68983-06f1-4579-9dfd-5feef33bd45b) - Email: amaurimed@hotmail.com - IP: 187.120.156.208 (208.156.120.187.efit.net.br porta: 36674) - Geolocalização: -[illegible]676032 -49.7483776 - Documento de identificação informado: 214.678.918-27 - DATE_ATOM: 2021-05-11T14:20:02-03:00

11 May 2021, 19:20:23
FRANCISCO DE ASSIS ZAPAROLLI DE OLIVEIRA **Assinou** (Conta 7ef402b2-3293-4bb7-adce-4ef0b490a7a7) - Email: chico_zaparolli@yahoo.com.br - IP: 177.45.81.75 (177-45-81-75.user.ajato.com.br porta: 4330) - Documento de identificação informado: 303.748.188-94 - DATE_ATOM: 2021-05-11T19:20:23-03:00

11 May 2021, 22:51:18
NEVILE RIEMA DE PAULA JUNIOR **Assinou** (Conta 29d87ee2-ffbf-496d-9703-f14bd64b7b76) - Email: nevile@bol.com.br - IP: 187.120.159.52 (52.159.120.187.efit.net.br porta: 27772) - Documento de identificação informado: 273.468.738-07 - DATE_ATOM: 2021-05-11T22:51:18-03:00

12 May 2021, 09:44:42
ASSINATURA PRESENCIAL - ALEJANDRO CRISTIAN MUNIZ DE SOUZA **Assinou** (Conta e2c8fee7-965d-4fa8-a70f-52f2b698d27d) - Email: cristiandesouza@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 50794) - Documento de identificação informado: 218.857.208-40 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:44:42-03:00

12 May 2021, 09:44:50

Convênio nº 00004/2021
Conta de Recurso Estadual
[illegible]
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSINATURA PRESENCIAL - FABRÍCIO FARIAS CARDOSO DE ALMEIDA **Assinou** (Conta 2828bef2-fb36-4e88-88aa-36d1418a4d55) - Email: ffcalmeida@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 51908) - Documento de identificação informado: 077.088.477-61 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:44:50-03:00

12 May 2021, 09:45:12
ASSINATURA PRESENCIAL - OFÉLIA TAKIGUCHI **Assinou** - Email: ofelia.mt@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 51908) - Documento de identificação informado: 406.986.248-07 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:45:12-03:00

12 May 2021, 09:45:20
ASSINATURA PRESENCIAL - GABRIELA LOPES GONÇALVES **Assinou** (Conta 3e546d99-5bbc-4204-af26-c41470eb1d76) - Email: dragabrielalgoncalves@gmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 51908) - Documento de identificação informado: 413.796.298-70 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:45:20-03:00

12 May 2021, 09:45:46
ASSINATURA PRESENCIAL - GUILHERME CAFÉ SOARES BENFATTI **Assinou** - Email: guilbenf@gmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 52522) - Documento de identificação informado: 394.150.578-58 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:45:46-03:00

12 May 2021, 09:46:10
ASSINATURA PRESENCIAL - IARA DAIANE ALVES DE ALMEIDA **Assinou** - Email: Iara.dealmeida@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 51908) - Documento de identificação informado: 351.207.518-57 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:46:10-03:00

12 May 2021, 09:46:25
ASSINATURA PRESENCIAL - LUIZA GONÇALVES MONTEIRO **Assinou** (Conta 167a23ef-01ca-4a22-b2cd-dc796f08108d) - Email: luizagm2@gmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 52880) - Documento de identificação informado: 227.861.268-94 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:46:25-03:00

12 May 2021, 09:46:51
ASSINATURA PRESENCIAL - MAURICIO LUCIANELLI **Assinou** - Email: mlucianelli@terra.com.br (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 52988) - Documento de identificação informado: 057.029.348-06 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:46:51-03:00

12 May 2021, 09:47:19
ASSINATURA PRESENCIAL - MATHEUS MACIEL BALLASSINI **Assinou** - Email: mmballassini@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.154.142.19 (b39a8e13.virtua.com.br porta: 53206) - Documento de identificação informado: 324.950.928-02 - DATE_ATOM: 2021-05-12T09:47:19-03:00

Hash do documento original
(SHA256):9cc9a057ad869a110070222e3b7a957d762e8edd77c3ddd3e8a510cf5465928d
(SHA512):37c4226c9cd9d1c6c0a27a5376fb66af124dd53030be1ffefa5b0273a1b9d670eb463b46775b17a2f8caee8864f9fb01b376429eddbe269760c6c1a81d76

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

15/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:19:46
014800148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

DATA DA TRANSFERENCIA 15/04/2021
NR. DOCUMENTO 551.916.000.007.251
VALOR TOTAL 4.199,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SERVIMED COMERCIAL LTDA
AGENCIA: 1916-X CONTA: 7.251-6
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

IDENTIFICADOR 3: 45349461000102

==========

NR.AUTENTICACAO 3.04E.CF1.CE4.F5C.471

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DATA DE EMISSÃO	DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
29/04/2021		

NF-E
Nº 1010266 SÉRIE 6
ROTA: FBA7 SETOR: 6149

Servimed

SERVIMED COMERCIAL LTDA
AV. NAÇÕES UNIDAS, 37-37
JARDIM PANORAMA
BAURU - SP
CEP: 17.047-903
Tel.: (14) 2106-2000

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 1010266
SÉRIE 6
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0444 4631 5600 0184 5500 6001 0102 6619 1103 6542

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 merc.adq.receb.de terceiros	135210469972834 30/04/2021 02:39:53-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIA	CNPJ
209017636112		44.463.156/0001-84

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	45.349.461/0001-02	29/04/2021

ENDEREÇO	Nº	BAIRRO	CEP	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	303	JD ARIANO	16400-400	29/04/2021

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
LINS	01436591411	SP		

FATURA/DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	30/04/2021	8.398,00						

CÁLCULO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.398,00	1.007,76	0,00	0,00	8.398,00

VALOR DO FCP	VALOR DO FCP ST	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0.00	0.00	0,00	0,00	0.00	8.398,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO / REBOQUE	UF	CNPJ/CPF
LOGFAR LOG. E DIST. PROD. FARMA.	- Remetent				05.530.576/0001-84

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R PADRE FRANCISCO VAN DER MAA 13-06	BAURU	SP	209337700111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				1.780,000	1.780,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓD. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	PMC/PF	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QNTD/LOTE	V.UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	VL.ICMS ST	AL.ICMS
423320	FENTANILA 50MCG/ML INJ 50 AP 10ML *HG HIPOLABOR A1 PMGV: R$210.80 POS MON LT:AS-006/21M 20UN Val:31.01.2023	0,00	30049099	500	5102	CX	20	419,9000	8.398,00	8.398,00	1.007,76		12,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Setor de Vendas: 2007 Cliente: 0000022616 Rota: FBA7 Setor Terceiro: 6149 Vigilancia Sanitaria: 3506409018610000011 6 Nome Fantasia: BRASIL OV: 0002344235 Remessa: 0082304146 Faturamento: 0092352745 PEDIDO: OV04887755_0 Nao Contribuinte - Art. 54 - RICMS/SP, Art. 313-Ae 313-B - RegimeEspecial Contribuinte Substituto Tributario conforme Comunicado DEAT 656/2018 publicado DOE SP 22/01/2019	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SERVIMED COMERCIAL LTDA

AV.: NACOES UNIDAS, 37 - QD 37 - JARDIM CONTORNO
17047-903 BAURU - SP
(14) 2106-2000

CC-e

CARTA DE CORREÇÃO ELETRÔNICA DE NF-e

CHAVE DE ACESSO DA NF-e

3521 0444 4631 5600 0184 5500 6001 0102 6619 1103 6542

INSCRIÇÃO ESTADUAL	CNPJ	MODELO	SÉRIE	NÚMERO DA NF-e	EMISSÃO	FOLHA
209.017.636.112	44.463.156/0001-84	55	6	1.010.266	01/04/2021	1/1

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL

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	30/04/2021 17:34:24	135210474058954

A nota fiscal 6/1010266 corresponde a duas OCs - 1 para o Convenio da UTI de Promissão, e 1 do Convenio da UTI de Mirandópolis.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Servimed
Mais forte, mais próxima de você

Outras Cotações Produto

Setor: 2007
Base: 2007
Nº: 2007|5965|15042021

Cliente: 22616 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL
Comprador: Amderson
Prz. Entrega: 1 dia(s) 16/04/2021
Prz.Validade: 3 dia(s) 18/04/2021
E-mail: centralhospitalar.sp@servimed.com.br

Prz.Pgto: 28 dia(s) 13/05/2021
Valor Mínimo: R$200,0000

Item	Qtd	Apresentação do Produto	Fabricante	Unitário	Repasse	St	Emb.	Total
1	10	423320 - FENTANILA 50MCG/ML INJ 50 AP 10ML HG	HIPOLABOR FARMACEUTICA LTDA	R$8,3980	R$0,00	R$0,00	R$419,90	R$4.199,00

Observações - Cliente:

Repasse(-): R$0,00
Total St: R$0,00
Total Mercadoria: R$4.199,00
Total Geral: R$4.199,00
Data Emissão: 15/04/2021 15:53:15

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

15/04

15/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 13:05:46
014800148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 15/04/2021
NR. DOCUMENTO 554.534.000.019.926
VALOR TOTAL 4.950,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: GO.MED D M LTDA - ME
AGENCIA: 4534-9 CONTA: 19.926-5
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO 7.035.959.B62.2D3.6E2

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

GO.MED DISTR. DE MEDICAMENTOS LTDA
RUA ANTONIO DA CUNHA ALMEIDA S/N Q. 129
SETOR DOS AFONSOS
APARECIDA DE GOIANIA/GO
- CEP: 74.915-260
Telefone: 6236631519

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saida [1]

Nº: 000.012.192
Série: 000
Folha: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
5221 0417 1146 2100 0107 5500 0000 0121 9210 2112 3614

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERCADORIA INTERESTADUAL	152213989673172 20/04/2021 15:56:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ
105521639		17.114.621/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL / FANTASIA	C.N.P.J. / C.P.F. / ID ESTR.	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	20/04/2021 15:56

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16.400-400	20/04/2021

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001	20/04/2021	4.950,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.114,93	493,79	0,00	0,00	4.950,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.950,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J. / C.P.F.
TRANSFARMA LOGISTICA E TRANSPORTES LTDA	[0]				18.976.884/0001-80

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. A QD. 17 LT 04 N. 114	GOIANIA	GO	105801640

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				8,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST/SN	CFOP	UNID.	QUANT.	VLR. UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS I.C.M.S.	ALÍQUOTAS I.P.I.
0000620	DIAZEPAM 5MG/ML 2 ML (GEN.) CX C/100 AMP. - SANTISA LOTE: 201011 VENCIMENTO: 31/03/2023	30049064	020	6.108	CX	15,0000	330,0000	4.950,00	4.114,93	493,79	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Pedido 0050222 Numero interno 0012361 PEDIDO CONFIRMADO PELO SETOR DE COMPRAS ADRIANO CARRIJO PG ANTECIPADO	

Emitido por SIAC Sistemas - (62) 4005-8550 - www.siacsistemas.com.b

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

15104

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.13
0148100148 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0706-4 - GUAICARA INT SP
CONTA: 1.009.425-4

FAVORECIDO: JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO
CPF/CNPJ: 395.058.738-16
VALOR: R$ 1.559,41
DEBITO EM: 15/04/2021

==========

DOCUMENTO: 041501
AUTENTICACAO SISBB: 0.1EC.262.8CD.471.460

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	08/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Folha Mensal
Mensalista Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	322205	2	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	08/10/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.341,36	
203	ADICIONAL DE SETOR ESPECIAL	10,00	134,14	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	220,00	
998	I.N.S.S.	8,03		136,09

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.695,50	136,09
Valor Líquido ⇨	1.559,41

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.341,36	1.695,50	1.695,50	135,64	1.559,41	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86	
990	ESTOURO DO MES	0,00	64,65	
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.910,86
991	ESTOURO MES ANTERIOR	64,65		64,65

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.975,51	1.975,51
Valor Líquido ⇨	0,00

Banco do Brasil 1
conta corrente: 18365-2 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0005-36 CC: ENFERMAGEM UTI Mensalista

Folha Mensal
Março de 2021

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
16	CRISTIANE PERIN SPINOZA	322210	2	1
	TECNICO DE ENFERMAGEM DE TERAPIA INTEN:	Admissão:	03/01/2011	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8788	DIAS AFAST S/ VENCTO	30,00	1.690,86	
990	ESTOURO DO MES	0,00	64,65	
8017	INSALUB 20% AFASTAMENTO	20,00	220,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.910,86
991	ESTOURO MES ANTERIOR	64,65		64,65

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.975,51	1.975,51
Valor Líquido ⇨	0,00

Banco do Brasil 1
conta corrente: 18365-2 Agência: 0148 - 1

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.690,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:13
014800148 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399676146580000000500049801012685910000486523

BENEFICIARIO:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
NOME FANTASIA:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
BENEFICIARIO FINAL:
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP
CNPJ: 14.352.079/0001-24
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.502
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	4.865,23
VALOR COBRADO	4.865,23

NR.AUTENTICACAO 1.167.413.32A.2B7.C7C

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP
Secretaria Municipal da Fazenda
Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento
Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e

Ecq Servicos Tecnicos Medicos Hospitalares Ltda
Ecq
Avenida Portugal, 001740 - CONJ. A - - Santa Cruz do José Jacques
CEP 14020-733 - Fone 16997252285 - Ribeirão Preto - SP
fercdalpicolo@gmail.com
Inscrição Municipal 20004074 - CPF/CNPJ 14.352.079/0001-24

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Data de Competência da NFS-e	Data de Emissão da NFS-e	Código de Verificação de Autenticidade	Número da Nota Fiscal
Tributação no município	**01/04/2021**	**01/04/2021 12:56:06**	**1 64 1 C6**	**115**

Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social
45.349.461/0001-02		Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil

Endereço	Número	Complemento	Bairro
Rua Sete de Setembro	529		Centro

CEP	Cidade / UF	Telefone	e-mail
16210-000	Bilac / SP	(14)3532-5198	

Local dos Serviços

Ribeirão Preto - São Paulo

Descrição dos Serviços

Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares.
Serviços Prestados na UTI adulto do Hospital Geral de Promissão.

Convênio 031/2015

Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014.
Alíquota do ISS igual a 2,79%

Pagamento conforme boleto.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. Nacional Atividade Econômica
140115 - Conserto, Restauracao de Aparelhos Odontologicos,...	**2,79**	1401	3312103

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 4.865,23	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 4.865,23	R$ 135,74	Não	R$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	ISSQN
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal	**R$ 4.865,23**

Informações Complementares

I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI." .

15/04/

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:14
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001155211011554109885910000022700
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.503
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	227,00
VALOR COBRADO	227,00

NR.AUTENTICACAO A.774.9B9.83E.414.679

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000163287 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0303 7487 6900 0180 5500 1000 1632 8718 9487 9024

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	135210290145822 17/03/2021 09:26:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	17/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	17/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		09:21:55

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	163287	227,00	0,00	227,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	15/04/2021	227,00									

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	62,91	227,00
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	227,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006748	COPO PLAST. 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	99,00	0,00	99,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	10,000	12,80	0,00	128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 29,73 Federal, 33,18 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (8F6CA7).

RESERVADO AO FISCO

Transmitido por DocFis

1 / 1

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:14
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029107700001527000107709185910000068000
BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.504
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

NR.AUTENTICACAO F.2DD.949.7C4.C75.60F

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC	VALOR NOTA R$ 680,00	NF-e Nº: 000.132.673 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO ___/___/___	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical®

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA

Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP
CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555

www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.132.673
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0351 9436 4500 0107 5500 1000 1326 7310 0464 0324

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA PRODUCAO PROPRIA	135210286161015 - 16/03/2021 12:30:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	16/03/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	16/03/2021
MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14) 3541-1544	SP		12:29:44

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	15/04/2021	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	680,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16	680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,980	0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 37235 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 080196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/___

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
85215163	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 109130 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 28,56 (4,20%) Estadual: R$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. UTI Promissão Convenio 0312015IC MS Isento nos termos do art.14, do anexo I, do RICMS/SP Decreto 45.490/00	Sonegado

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:14
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

GERENCIANET S.A.

36490000190001924790700000000117185910000049000
BENEFICIARIO:
GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA
NOME FANTASIA:
GRAFICA
CNPJ: 04.159.909/0001-48
BENEFICIARIO FINAL:
GRAFICA MODELO DE PROMISSAO LTDA
CNPJ: 04.159.909/0001-48
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITAL BENEFICENTE DO
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.505
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	490,00
VALOR COBRADO	490,00

NR.AUTENTICACAO C.647.81D.23D.C65.415

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

MUNICÍPIO DE PROMISSÃO

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
2592

Código de Verificação de Autenticidade
VKSTHHBX9

Data e Hora de Emissão da NFS-e
31/03/2021 às 08:13:24

Chave de Acesso
675880WPEA8CZ495T8G9H8MGEEBVSCB4

Para certificação da autenticidade acesse http://kaingang.comunicapromissao.com.br:5661/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		PROMISSAO-SP	PROMISSAO - SP

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				31/03/2021

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	2 - Não	Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)	03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
04.159.909/0001-48	564.070.547.118	2153	00012623	GRAFICA MODELO DE PROMISSÃO LTDA - ME

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA DR ERICO DE ABREU SODRE, 453		CENTRO

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16370-000	PROMISSÃO-SP	03541-6047	

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02			Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Logradouro	Complemento	Bairro
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		Jardim Ariano

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16400-400	LINS - SP	14 35325198	ebatista@ahbb.org.br; clsato@ahbb.org.br;

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
5,00	BL	IMPRESSÃO SITEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	98,00000	R$ 490,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: **13.05**

Construção Civil

	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Composição gráfica, fotocomposição, clicheria, zincografia, litografia,fotolitografia	2.01%	0000130000004			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 490,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 490,00	R$ 9,85	2 - Não	R$ 0,00

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Valor Líquido da NFS-e: R$ 490,00

Informações Complementares

Val. Aprox. Tributos:

percentual aproximado dos tributos: 6,00%

__/__/____

RECEBI(EMOS) DE **GRAFICA MODELO DE PROMISSÃO LTDA - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **2592** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **VKSTHHBX9**.

Data	CPF/RG	Assinatura
__/__/____		

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:14
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191128203241974293080127350009585910000375000
BENEFICIARIO:
CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT
NOME FANTASIA:
CRISTALIA PROD QUIMICOS F LT
CNPJ: 44.734.671/0001-51
BENEFICIARIO FINAL:
CRISTALIA PRODS QUIM FARMACEUT
CNPJ: 44.734.671/0004-02
PAGADOR:
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BR
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.506
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	15/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.750,00
VALOR COBRADO	3.750,00

NR.AUTENTICACAO 4.1F5.F66.161.DD3.63D

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CRISTÁLIA

PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRIS ALIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA
ROD ITAPIRA LINDOIA S/N KM 14 - FAZ E CRISTALIA
Itapira - SP - CEP 13974-900
(19)38439500 - www.cristalia.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº.2907763 FL 1 / 1
SÉRIE 10

CHAVE DE ACESSO
3521 0344 7346 7100 0151 5501 0002 9077 6316 1701 1703
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
5.101 VENDA DE PRODUTO	135210298661067 18/03/2021 22:47:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
374007758117		44.734.671/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC HOSPIT BENEFICENTE DO BRASIL (23292 - 4894679E)	45.349.461/0001-02	18/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRDA\SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	19/03/2021

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	0151435325198	SP	ISENTO	18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2907763/01	15/04/2021	3.750,00	2907763/02	13/05/2021	3.750,00			

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
7.500,00	1.350,00	0,00	0,00	7.500,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.500,00

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 – Emitente				06.321.409/0007-81

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA(S)			2,700	2,400

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	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
40.1037	CIS 2mg/mL Sol. Inj. - 5 amp. X 10mL - Lis:POS - Trib aprox R$: 1.008,75 Federal Fonte: IBPT/empresometro.co 42CA6E. Lote: 21010732 - Qtd: 30,0000	3004.90.69	000	5101	CX	30,0000 Val: 01/2023	250,0000	7.500,00	7.500,00	1.350,00	0,00	18,00	0,00

ATENÇÃO
ESTE PRODUTO DEVE SER ARMAZENADO SOB REFRIGERAÇÃO
NÃO CONGELAR

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA	RESERVADO AO FISCO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Ped: 4894679E - Rep: 13304 -Prod. Lista Positiva: 7.500,00 - NE: 595889 -DIRETA - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: LAIS MARANI SILVA - CRM 53551-SP - Trib aprox R$: 1.008,75 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br 42CA6E.Transp. Redespa:Quality Transportes e Entregas Rapidas Ltda. CPF/CNPJ:06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL:79554947411 1 - BOLETO DISPONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itau S/A (341)-AG: 000011- C/C 000010069-0 C OD.IDENT.: NR. CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG: 005115-2 C/C 000002014-1 COD.IDENT.: 023292-0 . Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: cobranca.boleto@cristalia.com.br

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

19/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:33:36
014800148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA	19/04/2021
NR. DOCUMENTO	550.058.000.072.625
VALOR TOTAL	3.381,87

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: UNILAB - LABORATORIO DE A
AGENCIA: 0058-2 CONTA: 72.625-7

NR. DOCUMENTO	550.148.000.038.500
NR.AUTENTICACAO	3.126.94E.D4F.FE4.9C7

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	1495
Data de Emissão	15/04/2021
Data e Hora da Competência	15/04/2021 às 18:06:51
Código de Verificação	8546-1024-4102

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	18.633.200/0001-47	Cód. Mobiliário	101385	Insc. Mun.	101385
Nome	UNILAB - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIREL			RG/IE	ISENTO
Logradouro	RUA-NOVE DE JULHO			Número	707
Bairro	CENTRO			CEP	16400-110
Município	LINS			UF	SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional				
Telefones					
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVIÇOS PRESTADOS	3.603,4700	1,00	0,00	0,00	3.603,47

Valor Total dos Serviços - R$3.603,47

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS EM MARÇO DE 2021
BANCO DO BRASIL
AG: 0058-2
C/C: 72625-7
UNILAB-LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIRELI

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
23,42	108,10		54,05	36,03		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 3.603,47

Atividade
8640202-Laboratórios clínicos

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço
Normal	Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,0000	3.603,47	0,00	221,60	72,07

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 3.381,87

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: UNILAB - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS DE LINS EIREL CNPJ: 18.633.200/0001-47

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **1495** emitida em **15/04/2021** às **18:06:51** - Cód Verif **8546-1024-4102**
Condições de Pagamento: Vencimento: 15/04/2021 Valor Total R$ **3.603,47** Valor Líquido R$ **3.381,87**

Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

19/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:26:00
014800148 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 19/04/2021
NR. DOCUMENTO 550.148.000.020.724
VALOR TOTAL 12.583,89
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ROGERIO VICTOR ROSADO
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 20.724-1
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO A.33C.D8A.6DA.5A4.DAD

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				04 Bairro
Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620, SALA 1				CENTRO
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
PROMISSAO	SP	16.370-000	8610-1/01	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome			
207.78769.96-2	ROGERIO VICTOR ROSADO			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)				13 Bairro
Avenida BANDEIRANTES , 630				
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
PROMISSAO	SP	16.370-000	73957 - 00358 / SP	402.114.408-09
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
22/06/1994	CARMEN LUCIA APARECIDA DOS SANTOS ROSADO			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato

1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado

22 Causa do Afastamento

Despedida sem justa causa, pelo empregador

23 Remuneração Mês Ant.	24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento
3.773,25	04/10/2017	02/03/2021	01/04/2021	SJ2

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

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 1/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R$ 93,44	51 Comissões	R$ 0,00	52 Gratificação	R$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R$ 7,33	54 Adic. de Periculosidade ___%	R$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas ___%	R$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R$ 0,00	57 Gorjetas	R$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R$ 0,00
62 Salário-Família	R$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 3/12 avos	R$ 943,31	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos	R$ 0,00
65 Férias Proporc 6/12 avos	R$ 1.886,63	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 04/10/2019 a 03/10/2020	R$ 3.773,25	68 Terço Constituc. de Férias	R$ 1.886,63
69 - Aviso-Prévio Indenizado 9/dias	R$ 1.131,97	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R$ 0,00
95 Outras Verbas (PARCELA 2° PARCELA 13° 2018)	R$ 1.191,78	95.1 Outras Verbas (BANCO DE HORAS)	R$ 2.693,44	95.2 Outras Verbas (ADICIONAL RT)	R$ 25,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 13.632,78**

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$ 404,44	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R$ 70,74
114.1 IRRF	R$ 573,71	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	**R$ 1.048,89**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 12.583,89**

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome
45.349.461/0005-36	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP	11 Nome
207.78769.96-2	ROGERIO VICTOR ROSADO

17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF	19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe
73957 - 00358 / SP	402.114.408-09	22/06/1994	CARMEN LUCIA APARECIDA DOS SANTOS ROSADO

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão	25 Data do Aviso Prévio	26 Data de Afastamento	27 Cod. Afastamento	29 Pensão Alim. (%) FGTS
04/10/2017	02/03/2021	01/04/2021	SJ2	0,00

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
000.021.150.01669-0	51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legitimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.
Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Promissão, 01 de abril de 2021.

ASSOC. HOSP. BENEFIC. DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Rogerio Victor Rosado

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 050136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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).

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:14
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100892028176985950000069613
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	41.901
NOSSO NUMERO	17115360000892028
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	19/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	696,13
VALOR COBRADO	696,13

NR.AUTENTICACAO F.5A9.B66.6CA.418.3C1

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1405284 FL 1 / 1
SÉRIE 1

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4052 8418 3839 0854

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		135210236044117 03/03/2021 20:58:36
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO**	**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	03/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		03/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1405284/1	19/04/2021	696,13						

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
696,13	90,80	0,00	0,00	696,13

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	696,13

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,05218	23,538	23,538

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
031284	ALCOOL 70% 1000ML (JALLES MACHADO) L: 21.037-70 Q: 24,0000 F: 01/02/21 V: 28/02/2024	38089429	000	5102	FR	24,00	5,0472	121,13	121,13	21,80	0,00	18,00	0,00
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRESEN) (ITEM GENERICO) L: 78PM5011 Q: 25,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2022	30041019	000	5102	FA	25,00	23,00	575,00	575,00	69,00	0,00	12,00	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 04/03/2021 Pedido: 1855384 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1855384 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:14
014800148 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100892003179585950000105192
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	41.902
NOSSO NUMERO	17115360000892003
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	19/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.051,92
VALOR COBRADO	1.051,92

NR.AUTENTICACAO 8.7C1.DCE.BA5.637.3CF

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13918-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1405262 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4052 6219 1136 0509

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135210235579086 03/03/2021 18:06:20
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	03/03/2021
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		JARDIM ARIANO	16400-400		03/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP			

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1405262/1	19/04/2021	1.051,92						

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
1.051,92	189,35	0,00	0,00	1.051,92

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	1.051,92

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,06629	12,338	12,338

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
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290774 Q: 400,0000 F: 17/08/20 V: 16/08/2022	38220090	700	5102	TI	400,00	0,5457	218,28	218,28	39,29	0,00	18,00	0,00
030296	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P VINIL (TALGE/DVT) L: TLVMU008 Q: 1.000,0000 F: 30/06/18 V: 30/06/2023	39262000	200	5102	PC	1.000,00	0,537	537,00	537,00	96,66	0,00	18,00	0,00
030568	CLOREXIDINA 1% 100ML (VIC PHARMA) L: M28422 Q: 2 4,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2022	30039099	000	5102	FR	24,00	1,4098	33,84	33,84	6,09	0,00	18,00	0,00
031320	COMPRESSA DE GAZE 13F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 2050 Q: 4.000,0000 F: 01/12/20 V: 30/12/2023	30059090	000	5102	PC	4.000,00	0,0657	262,80	262,80	47,31	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 04/03/2021 Pedido: 1855335 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1855335 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/____

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:14
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090308777900900006740179185950000532000
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA.
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0005-72
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.903
NOSSO NUMERO	30877790000006740
CONVENIO	03087779
DATA DE VENCIMENTO	19/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	5.320,00
VALOR COBRADO	5.320,00

NR.AUTENTICACAO 7.6C0.664.B49.DE0.E0F

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE **COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Cª TERMOLABIL

NF-e Nº. 0043262 SÉRIE 1 Estab. 104

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
AV JOANNA RODRIGUES JONDRAL 250 BL.01 GALPAO 04 - CJ.O 2 - LONDRINA - PR
CEP 86067-050 - 4330321050

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL FLETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0043262 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
4121 0367 7291 7800 0572 5500 1000 0432 6211 9251 0792

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 MERC ADQ E REC DE TERC. DEST A NAO	141210048318936 05/03/2021 15:28:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
9077053317	816016567119	67.729.178/0005-72

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	05/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		05/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0043262/1	19/04/2021	5.320,00						

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
5.320,00	638,40	0,00	0,00	5.320,00

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	5.320,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
BRASPRESS TRANSPORTES	0 - Por conta do emitente				48.740.351/0024-51

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD CELSO GARCIA CID KM 374 8863	LONDRINA	PR	9031855206

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00003	9,320	9,320

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	ALIQUOTA ICMS	ALIQUOTA IPI
029217	FENTANILA, CITRATO 78,5MCG 10ML EQUIVALE (CRISTALIA) L: 20100101 Q 400,0000 F: 30/10/20 V: 30/10/2023 *** Portaria 344/98 A1	30049069	000	6108	FA	400,00	13,30	5.320,00	5.320,00	638,40	0,00	12,00	0,0

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
2396335	0,00	0,00	0,0

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 08/03/2021 Pedido: 1857501 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1857501 *** 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: 1.17718.2 ** ASS: 13390 Validade: 17/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL)/ EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 319,20 | LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.14
0148100148 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

Convenio	FGTS ARREC GRRF	
Codigo de Barras	85810000063-3	69760239202-1
	10419105164-0	52053494612-3
Data do pagamento		19/04/2021
Identificador		10516452053494612
Data de vencimento		19/04/2021
Valor Total		6.369,76

DOCUMENTO: 041904
AUTENTICACAO SISBB: 6.51A.34D.37A.15A.3CA

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/04/2021 18:01:28

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	45.349.461/0005-36

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620	14-35325198	16.370-000

06 - Bairro/distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	PROMISSAO	SP	639	1	1

11- Identificador

10516452053494612

12- Total a Recolher

6.369,76

13- Data de Validade = 19/04/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858100000633 697602392021 104191051640 520534946123

Autenticação mecânica

Via Empresa

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 15/04/2021 18:01:28

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome	02 - CNPJ/CEI
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	45.349.461/0005-36

03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)	04 - Contato/DDD/telefone	05 - CEP
GENERAL EURICO GASPAR DUTRA 620	14-35325198	16.370-000

06 - Bairro/Distrito	07 - Município	08 - UF	09 - FPAS	10 - Simples	14 - Qtde Trabalhadores
CENTRO	PROMISSAO	SP	639	1	1

11- Identificador

10516452053494612

12- Total a Recolher

6.369,76

13- Data de Validade = 19/04/2021

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

858100000633 697602392021 104191051640 520534946123

Autenticação mecânica

Via Banco

Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.15
0148100148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - AGENCIA PROMISSAO	SP
CODIGO DE BARRAS	
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
PERIODO DE APURACAO	31/03/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	5952
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	20/04/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	9.013,39
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	9.013,39

AUTENTICACAO SISBB: 1.5A8.A60.359.D30.9C6

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 041905

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Prata

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Data limite para acolhimento: **20/04/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/03/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/04/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	9.013,39
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	9.013,39
SENDA (Versão:4.9.7) 13/04/2021 09:19:26	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
Data limite para acolhimento: **20/04/2021** Observações: Sicalc Contribuinte - 6643 - SP	02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/03/2021
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA →	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
	06 DATA DE VENCIMENTO →	20/04/2021
	07 VALOR DO PRINCIPAL →	9.013,39
	08 VALOR DA MULTA →	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
	10 VALOR TOTAL →	9.013,39
SENDA (Versão:4.9.7) 13/04/2021 09:19:26	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 080196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

1 1

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Valor Bruto	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
08/03/2021	401	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 93.556,20	R$ -	R$ 1.403,34	R$ 4.350,36		R$ 5.753,71	R$ 87.802,49
08/03/2021	402	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 93.556,20	R$ -	R$ 1.403,34	R$ 4.350,36		R$ 5.753,71	R$ 87.802,49
16/02/2021	1474104	Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ 2.493,13	R$ -	R$ 37,40	R$ 115,93		R$ 153,33	R$ 2.339,80
05/03/2021	1445	Unilab - Lab. Analises Clinicas Lins Eireli	R$ 2.940,00	R$ -	R$ 44,10	R$ 136,71		R$ 180,81	R$ 2.759,19
05/03/2021		Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.290,86	R$ -	R$ 19,36	R$ 60,02		R$ 79,39	R$ 1.211,47
				R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
				R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ 193.836,39	R$ -	R$ 2.907,55	R$ 9.013,39	R$ -	R$ 11.920,94	R$ 181.915,45

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.15
0148100148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE DARF/DARF SIMPLES

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AGENTE ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - AGENCIA	PROMISSAO SP
CODIGO DE BARRAS	
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
PERIODO DE APURACAO	31/03/2021
NUMERO DO CPNJ	45.349.461/0001-02
CODIGO DA RECEITA	1708
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	20/04/2021
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	2.907,55
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	2.907,55

AUTENTICACAO SISBB: F.380.63C.DB7.FB6.325

Modelo Aprovado pela SRF - ADE
Conjunto Corat/Cotec n. 001,DE 2006

DOCUMENTO: 041906

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

1a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/03/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/04/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	2.907,55
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	2.907,55
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/04/2021**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 13/04/2021 09:16:32

2a. via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO →	31/03/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ →	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA →	1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA →	
06 DATA DE VENCIMENTO →	20/04/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL →	2.907,55
08 VALOR DA MULTA →	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 →	0,00
10 VALOR TOTAL →	2.907,55
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1a. e 2a. vias)	

01 NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Data limite para acolhimento: **20/04/2021**

Observações:

Sicalc Contribuinte - 6643 - SP

SENDA (Versão:4.9.7) 13/04/2021 09:16:32

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/____

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Valor Bruto	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
08/03/2021	401	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 93.556,20	R$ -	R$ 1.403,34	R$ 4.350,36		R$ 5.753,71	R$ 87.802,49
08/03/2021	402	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 93.556,20	R$ -	R$ 1.403,34	R$ 4.350,36		R$ 5.753,71	R$ 87.802,49
16/02/2021	1474104	Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ 2.493,13	R$ -	R$ 37,40	R$ 115,93		R$ 153,33	R$ 2.339,80
05/03/2021	1445	Unilab - Lab. Analises Clinicas Lins Eireli	R$ 2.940,00	R$ -	R$ 44,10	R$ 136,71		R$ 180,81	R$ 2.759,19
05/03/2021		Destra Apoio e Prev em Seg do Trabalho Ltda	R$ 1.290,86	R$ -	R$ 19,36	R$ 60,02		R$ 79,39	R$ 1.211,47
				R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
				R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
			R$ 193.836,39	R$ -	R$ 2.907,55	R$ 9.013,39	R$ -	R$ 11.920,94	R$ 181.915,45

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.15
0148100148 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0220-8 - PENAPOLIS SP
CONTA: 5.744-2

FAVORECIDO: DESTRA - APOIO E PREVENCAO EM SEGUR
CPF/CNPJ: 11.814.918/0001-90
VALOR: R$ 1.173,12
DEBITO EM: 19/04/2021

DOCUMENTO: 041907
AUTENTICACAO SISBB: E.FC9.6E7.2E1.789.D42

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENÁPOLIS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	1942
Data de Emissão	06/04/2021
Data e Hora da Competência	06/04/2021 às 14:43:15
Código de Verificação	2230-4849-2797

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ	11.814.918/0001-90	Cód. Mobiliário	76568	Insc. Mun.	2.299.2065
Nome	737918-DESTRA - APOIO E PREV EM SEG DO TRABALHO LTDA ME			RG/IE	521.154.679.119
Logradouro	RUA-FERNANDO RIBEIRO DE BARROS			Número	370
Bairro	CENTRO			CEP	16300-031
Município	PENÁPOLIS			UF	SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional				
Telefones					
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	6036845-ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	contabilidade@ahbb.org.br;	Telefone	
Inf. Comp.			
Logradouro	-AV JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	HOSPITAL	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
3	ASSESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	1.250,0000	1,00	0,00	1.250,00

Valor Total dos Serviços - R$1.250,00

INFORMAÇÕES REFERENTE A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Ref 03/2021 - AHBB UTI Promissão 45.349.461/0005-36
Assessoria em segurança do trabalho

IMPOSTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)
8,13	37,50		18,75	12,50	
CIDE (R$)	ICMS (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)		Outros Tributos (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 1.250,00

Atividade
17.01-ASSESSORIA OU CONSULTORIA DE QUALQUER NATUREZA, NÃO CONTIDA EM OUTROS ITENS DESTA LISTA; ANÁLISE, EX

Operação	Deduçao de Materiais	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Normal	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	1.250,00	0,00	76,88	37,50

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 1.173,12

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 **1942** emitida em **06/04/2021** às **14:43:15** - Cód Verif **2230-4849-2797**
Condições de Pagamento: Vencimento: 06/04/2021 Valor Total R$ **1.250,00** Valor Líquido R$ **1.173,12**
Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:15
014800148 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100898866173485960000276345
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	41.908
NOSSO NUMERO	17115360000898866
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	20/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.763,45
VALOR COBRADO	2.763,45

NR.AUTENTICACAO F.23F.28E.E56.D3A.0D3

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1413444 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4134 4413 2016 0378

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		135210316283270 23/03/2021 19:53:12
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CNPJ / CPF: 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO: 23/03/2021
ENDEREÇO: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		BAIRRO / DISTRITO: JARDIM ARIANO	CEP: 16400-400	DATA DA ENTRADA/SAÍDA: 23/03/2021
MUNICÍPIO: LINS	FONE / FAX: 1836591243	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	HORA DE SAÍDA:

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1413444/1	20/04/2021	2.763,45						

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
2.763,45	331,61	0,00	0,00	2.763,45

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	2.763,45

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,604	2,604

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
028089	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 21020078 Q: 300,0000 F: 11/02/21 V: 28/ 02/2023	30039099	000	5102	AP	300,00	9,2115	2.763,45	2.763,45	331,61	0,00	12,00	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Promissao DATA ENTREGA: 24/03/2021 Pedido: 1876826 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1876826 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:15
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029108500000721000107702785970000102000
BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
BENEFICIARIO FINAL:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.909
DATA DE VENCIMENTO	21/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.020,00
VALOR COBRADO	1.020,00

NR.AUTENTICACAO 3.446.203.A62.9A2.92B

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC	VALOR NOTA R$ 1.020,00	NF-e Nº: 000.132.959 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO ___/___/___	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical®

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA

Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP
CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555
www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.132.959
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0351 9436 4500 0107 5500 1000 1329 5910 0464 0321

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 PRODUCAO PROPRIA	135210307821521 - 22/03/2021 10:13:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	22/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAIDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	22/03/2021
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAIDA**
LINS	(14) 3541-1544	SP		10:12:40

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	21/04/2021	1.020,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.020,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	165,24	1.020,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			1,470	1,050

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 37316 QT: 15 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	15	68,000000	1.020,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	165,24

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
85215163	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 109254 - P. PEDIDO DO CLIENTE: 1632466713. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 42,84 (4,20%) Estadual: R$ 122,40 (12,00%) Fonte: IBPT. ICMS Isento nos termos do art.14, do anexo I, do RICMS/SP Decreto 45.490/00	

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:15
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100887782175885950000326930
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	41.910
NOSSO NUMERO	17115360000887782
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	19/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	3.269,30
VALOR COBRADO	3.269,30

==========

NR.AUTENTICACAO E.792.5C7.61B.BF6.280

==========

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP: 13916-074 – 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1399773 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0267 7291 7800 0491 5500 1001 3997 7319 3478 8853

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		135210174199432 16/02/2021 16:54:26
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	16/02/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		16/02/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1399773/1	18/03/2021	3.269,30	1399773/2	19/04/2021	3.269,30			

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
6.538,60	794,99	0,00	0,00	6.538,60

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	6.538,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00020	8,414	8,414

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
019304	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRESEN) (ITEM GENERICO) L: 78PL4351 Q: 50,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2022	30041019	000	5102	FA	50,00	21,00	1.050,00	1.050,00	126,00	0,00	12,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP-009/21 Q: 300,0000 F: 30/01/21 V: 30/12/2022 *** Portaria 344/98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	300,00	17,00	5.100,00	5.100,00	612,00	0,00	12,00	0,00
022292	MORFINA 10MG/ML,SULFATO (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AZ-004/20 Q: 100,0000 F: 30/10/20 V: 30/09/2022 *** Portaria 344/98 A1	30049099	000	5102	AP	100,00	2,16	216,00	216,00	25,92	0,00	12,00	0,00
031997	METOPROLOL 1MG/ML, TARTARATO (HALEX ISTAR) L: 0000145229 Q: 10,0000 F: 07/12/20 V: 07/12/2022	30049039	000	5102	AP	10,00	17,26	172,60	172,60	31,07	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido 8543 / Promissao DATA ENTREGA: 17/02/2021 Pedido: 1837716 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1837716 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

___/___/___

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:15
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399913906050000000900827001017985960000086400
BENEFICIARIO:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
NOME FANTASIA:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
BENEFICIARIO FINAL:
SINCONECTA - TECNOLOGIA DE INFORMAC
CNPJ: 10.710.409/0001-55
PAGADOR:
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.911
DATA DE VENCIMENTO	20/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	864,00
VALOR COBRADO	864,00

NR.AUTENTICACAO C.CE1.F84.B17.7F0.D7F

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000006973-1	**Data de Emissão:** 15/04/2021

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: SINCONECTA TECNOLOGIA DE INFORMACAO LTDA ME
CPF/CNPJ: 10.710.409/0001-55 **Inscrição Municipal:** 549188 **Tipo:** ME
CEP: 17016-230 **Endereço:** RUA LUSO BRASILEIRA, 4-44, SALA 710B **Cidade:** BAURU/SP
Fone: (14) 3232-4777 **E-Mail:** thais@paulistacontabilidade.com.br
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **CEP:** 01640-040 **Cidade:** LINS/SP
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303
E-Mail: clsato@ahbb.org.br

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO USO DO SOFTWARE SINCONECTA SAUDE - PROD 01/03/2021 - 31/03/2021 PROJ UTI PROMISSAO
TRIB APROX R$: 116,21 FEDERAL E 33,78 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A
TRIB APROX R$: 116,21 FEDERAL E 33,78 MUNICIPAL FONTE: IBPT 18.1.A

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Atividade:
Não informada

Código do Serviço:
1.06 - ASSESSORIA E CONSULTORIA EM INFORMÁTICA

Local da Prestação: BAURU			**Situação de Tributação:** Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R$) 0,00	**I.R. (R$)** 0,00	**PIS (R$)** 0,00	**COFINS (R$)** 0,00	**C.S.L.L. (R$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 864,00	**Alíquota (%)** 2,00	**Valor do ISS (R$)** 17,28	**Valor Total da Nota (R$)** 864,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor líquido da nota (R$)** 864,00	

Chave de autenticação: CA50763C18C75B0083E43995C192446A

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:15
014800148 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399216370200000004831938901043885960000095700
BENEFICIARIO:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
NOME FANTASIA:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
BENEFICIARIO FINAL:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.912
DATA DE VENCIMENTO	20/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	957,00
VALOR COBRADO	957,00

NR.AUTENTICACAO D.257.D58.79B.440.C47

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ião Química
laboratório nacional S/A

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N
KM 862.5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: (35) 3427-9000

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 489140
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0360 6659 8100 0975 5500 1000 4891 4014 5237 8912

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 merc.adq.rec.terceiros dest.ñ contribuinte	131214079305972 23/03/2021 07:28:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
5257755260375	813013256118	60.665.981/0009-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL			45.349.461/0001-02	23/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303	JARDIM ARIANO		16400-400	23/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA/ENTRADA**
LINS	551435325198	SP		07:27:49 -03:00

FATURA / DUPLICATAS

FATURA
Número: 0092718008, Valor original: 2.900,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Liquido: 2.900,00

Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor
001	20/04/2021	957,00	002	04/05/2021	957,00	003	18/05/2021	986,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.900,00	348,00	0,00	0,00	0,00	2.900,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.900,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPI TDA	0 - Remetente				06.321.409/0007-81
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
ESTRADA MUNICIPAL JOSE SEDANO 854	CAMPINAS			SP	795549474111

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC.ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
00000000000001001582	PROVIVE EMU INJ P344/98C1 CX C/5FR X20ML L A0D1070 V 30.09.2022 Q 20,000. Vlr. aprox. trib.: 870,00. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1427700030045	30049095	600	6108	UN	20,0000	145,000000	2.900,00	0,00	2.900,00	348,00	0,00	12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. Base calculo ICMS: R$ 2.900,00 Valor ICMS partilha: R$ 174,00 ICMS FECP: R$ 0,00. Num. pedido cliente: 003. Ordem de venda: 5391288. Remessa: 82740545. Documento de transporte: 0010083815.	

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:15
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191128043445751293684613870009485960000095700
BENEFICIARIO:
UNIAO QUIMICA FARM NAC SA
NOME FANTASIA:
UNIAO QUIMICA FARM NAC SA
CNPJ: 60.665.981/0001-18
BENEFICIARIO FINAL:
UNIAO QUIM FARMACEUTICA NAC SA
CNPJ: 60.665.981/0001-18
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.913
DATA DE VENCIMENTO	20/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	957,00
VALOR COBRADO	957,00

NR.AUTENTICACAO 1.3F3.EFB.4C8.967.389

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGR: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Uniao Quimica Farmaceutica Nacional S/A

União Química
Farmacêutica Nacional S/A

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N
KM 862.5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: (35) 3427-9000

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 484675
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0360 6659 8100 0975 5500 1000 4846 7514 9104 4159
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 merc.adq.rec.terceiros dest.ñ contribuinte	131214059244169 09/03/2021 09:33:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
5257755260375	813013256118	60.665.991/0009-75

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL			45.349.461/0001-02	09/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303	JARDIM ARIANO	16400-400		09/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA/ENTRADA**
LINS	551435325198	SP		09:33:14 -03:00

FATURA / DUPLICATAS

FATURA
Número: 0092689364, Valor original: 2.900,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Liquido: 2.900,00

Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor
001	06/04/2021	957,00	002	20/04/2021	957,00	003	04/05/2021	986,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.900,00	348,00	0,00	0,00	0,00	2.900,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.900,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPI TDA	0 - Remetente				06.321.409/0007-81

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESTRADA MUNICIPAL JOSE SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111

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

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC.ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
0000000000010015EZ	PROVIVE EMU INJ 8344/98C1 CX C/5FR X20ML L A0D097Z V 30.09.2022 Q 20,000. Vlr. aprox. trib.: 870,00. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1427700030045	30049095	600	6108	UN	20,0000	145,000000	2.900,00	0,00	2.900,00	348,00	0,00	12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. Base calculo ICMS: R$ 2.900,00 Valor ICMS partilha: R$ 174,00 ICMS FECP: R$ 0,00. Num. pedido cliente: 001. Ordem de venda: 5391114. Remessa: 82714013. Documento de transporte: 0010080471.	

06/04/

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.15
0148100148 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 0148 - PROMISSAO	SP
CODIGO DE BARRAS	85640000020 55700064111
	01453494610 00105611090
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
PERIODO DE APURACAO	----------
NUMERO DO CPF	----------
CODIGO DA RECEITA	----------
NUMERO DE REFERENCIA	----------
DATA DO VENCIMENTO	----------
RECEITA BRUTA ACUMULADA	----------
PERCENTUAL	----------
VALOR DO PRINCIPAL	----------
VALOR DA MULTA	----------
VALOR DOS JUROS	----------
VALOR TOTAL	2.055,70

DOCUMENTO: 041914
AUTENTICACAO SISBB: 9.D7D.AFB.8B5.52D.6DD

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/04/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	2.055,70
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	2.055,70

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
16-3374.8438

DARF IRRF 03 2021 UTI PRO MISSÃO

DARF válido para pagamento até 20/04/2021

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.67.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85640000020-9 55700064111-7 01453494610-9 00105611090-9

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2021
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/04/2021
07 VALOR DO PRINCIPAL	2.055,70
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	2.055,70

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL
16-3374.8438

DARF IRRF 03 2021 UTI PRO MISSÃO

DARF válido para pagamento até 20/04/2021

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.67.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85640000020-9 55700064111-7 01453494610-9 00105611090-9

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

__/__/__

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/03/2021 a 31/03/2021									
EMPREGADOS									
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	Férias	3.166,40	297,36	0,00	0	15,00	354,80	75,56
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	Mensal 02/21	4.777,98	520,19	0,00	0	22,50	636,13	321,87
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	Mensal 02/21	2.499,47	217,32	189,59	1	7,50	142,80	14,14
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIF	Mensal 02/21	3.792,17	382,18	0,00	0	15,00	354,80	156,70
40	CRISTIANA ARANHA	Mensal 02/21	2.299,98	193,39	0,00	0	7,50	142,80	15,19
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	Férias	2.269,84	189,77	0,00	0	7,50	142,80	13,21
2760	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	Mensal 02/21	2.032,64	166,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2760	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	Rescisão	697,90	52,34	0,00	0	7,50	142,80	45,58
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	Mensal 02/21	4.221,02	442,22	0,00	0	22,50	636,13	214,10
14	LILIAN CARLA FERNANDES	Mensal 02/21	2.892,51	264,49	379,18	2	7,50	142,80	25,86
14	LILIAN CARLA FERNANDES	Rescisão	1.952,45	159,22	0,00	0	22,50	636,13	247,48
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	Mensal 02/21	3.714,75	371,34	189,59	1	15,00	354,80	118,27
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	Mensal 02/21	3.237,25	305,86	189,59	1	7,50	142,80	62,84
3536	MARIA LAURA MARTINS	Mensal 02/21	4.194,70	438,53	0,00	0	22,50	636,13	209,01
26	RENATA FERREIRA	Mensal 02/21	2.876,68	262,59	189,59	1	7,50	142,80	39,04
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	Mensal 02/21	3.773,25	379,53	0,00	0	15,00	354,80	154,26
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	Mensal 02/21	4.733,48	513,96	189,59	1	22,50	636,13	270,60
31	SHAWANA DE SOUZA	Mensal 02/21	3.204,68	359,40	0,00	0	15,00	354,80	71,99
		Total:	56.337,15	5.516,12					2.055,70
Empregados: 18	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	56.337,15	5.516,12	1.327,13			2.055,70
Total Geral:									
Empregados: 16	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	56.337,15	5.516,12	1.327,13			2.055,70

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.		Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos		02/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal	02/2021	0,00	47.967,14	0,00	47.967,14	0,00
0588	Mensal	02/2021	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador				47.967,14	0,00	47.967,14	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.15
0148100148 SEGUNDA VIA 0008
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	03/2021
IDENTIFICADOR	45349461000536
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO INSS	8.328,58
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	8.328,58

DOCUMENTO: 041915
AUTENTICACAO SISBB: 9.21E.6BB.946.987.A85

******** VIA EMPREGADOR ********

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.15
0148100148 SEGUNDA VIA 0008
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	03/2021
IDENTIFICADOR	45349461000536
DATA DO PAGAMENTO	19/04/2021
VALOR DO INSS	8.328,58
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	8.328,58

DOCUMENTO: 041915
AUTENTICACAO SISBB: 9.21E.6BB.946.987.A85

******** VIA CONTRIBUINTE ********

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promi

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	03/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0005-36
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0005-36** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV DA SAUDADE 1496 SALA 2 PROMISSAO SP CEP 16370-000		6 - VALOR DO INSS	8.328,58
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/04/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	8.328,58
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

PREVIDÊNCIA SOCIAL MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP **GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS**		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	03/2021
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0005-36
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO **CNPJ 45.349.461/0005-36** ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV DA SAUDADE 1496 SALA 2 PROMISSAO SP CEP 16370-000		6 - VALOR DO INSS	8.328,58
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/04/2021	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	8.328,58
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
4	ADRIANA SIMONE DE MORAES BAZAN	2.712,56	0,00	0,00	0,00	9,39	242,89
3025	ALESSANDRA DE MACEDO	2.420,00	0,00	0,00	0,00	8,59	207,79
3	ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	4.136,79	0,00	0,00	0,00	10,40	430,42
5	ANTONIO MARCOS ESTEVES	2.499,47	0,00	0,00	0,00	8,69	217,32
2426	APARECIDA CARDOSO DO NASCIMENTO	1.918,66	0,00	0,00	0,00	8,14	156,17
38	ARETUZA FERNANDES DE CASTRO RIBEIRO	4.341,87	0,00	0,00	0,00	10,57	459,14
2339	BEATRIZ SANTOS RAMOS	1.780,43	0,00	0,00	0,00	8,07	143,73
40	CRISTIANA ARANHA	288,70	0,00	0,00	0,00	7,50	21,65
12	EDUARDA LUCIO GABILO SANDES	2.976,00	0,00	0,00	0,00	9,64	274,51
3210	EDUARDO LOPES DOS SANTOS	1.870,00	0,00	0,00	0,00	8,12	151,80
4543	ELISA DANIELE MARTINS CASTELANELLI	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
4241	ELISANGELA ALVES DA SILVA	1.308,04	0,00	0,00	0,00	7,65	99,88
2340	FABIANA XAVIER DOS SANTOS	1.210,57	0,00	0,00	0,00	8,36	92,45
3027	GISLAINE CRISTINA HERREIRA FRESNEDA FRESCA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
3570	GREGORY AGUIAR DE ALMEIDA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
2791	GUILHERME HENRIQUE COSTA SILVA	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
2858	GUILHERME TAVARES GONÇALVES	2.025,99	0,00	0,00	0,00	8,19	165,83
3799	JORGE LUIZ DE MOURA BARRETO	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
13	KARINA ZIMIANI DONALONSO	5.951,62	0,00	0,00	0,00	11,50	684,50
2354	LARISSA DE SOUZA RODRIGUES	1.848,20	0,00	0,00	1.055,60	8,53	149,83
2760	LEANDRO BEZERRA DA SILVA	1.005,03	0,00	0,00	0,00	7,50	75,37
1868	LIDIANE MERCE DA SILVA LEAL	4.060,55	0,00	0,00	0,00	10,34	419,75
14	LILIAN CARLA FERNANDES	2.611,71	0,00	0,00	0,00	8,15	208,66
3645	LUCAS MOREIRA	774,82	0,00	0,00	0,00	7,50	58,10
3747	LUIZ GUSTAVO DE AZEVEDO	2.143,85	0,00	0,00	0,00	8,17	174,25
18	LUZIA DE ALMEIDA PEREIRA	3.117,85	0,00	0,00	0,00	9,35	291,53
4424	LUZIMARA LOPES DA SILVA	499,91	0,00	0,00	0,00	7,50	37,48
2081	MARCIA APARECIDA MORILHAS RIBEIRO	3.237,25	0,00	0,00	0,00	9,45	305,86
24	MARCIA MARIA BARBOSA DE CANDIO	2.004,92	0,00	0,00	0,00	8,18	163,94
41	MARIA ANGELICA PRADO LAMONATO SANTANA	2.354,76	0,00	0,00	0,00	8,49	199,96
3536	MARIA LAURA MARTINS	4.318,79	0,00	0,00	0,00	10,56	455,90
2342	MICHELLE GOUVEIA GONÇALVES	1.695,50	0,00	0,00	0,00	8,03	136,09
4381	MONICA TERRUEL	757,76	0,00	0,00	0,00	7,50	56,82
3820	NATALICE OVERTA NOVELLI BONFIM	349,74	0,00	0,00	0,00	7,50	26,22
2453	ODAIR CAMPOS PEDRO	2.035,59	0,00	0,00	0,00	8,19	166,70
3833	PRISCILLA CHRISTINA COSTA DINALLI	2.797,14	0,00	0,00	0,00	8,83	244,28
2343	RENATA FERNANDES CARLIM	2.029,94	0,00	0,00	0,00	8,39	166,19
26	RENATA FERREIRA	2.764,92	0,00	0,00	0,00	9,01	249,18
2975	ROGERIO TEOFILO DE ABREU PEREIRA	1.728,27	0,00	0,00	0,00	8,05	139,04
2160	ROGERIO VICTOR ROSADO	3.773,25	0,00	0,00	0,00	10,06	379,53
30	SANDRA REGINA CORREIA BALBINO	4.644,42	0,00	0,00	0,00	10,80	501,49
31	SHAWANA DE SOUZA	4.946,16	0,00	0,00	0,00	11,40	543,74
4191	THAINA DOS REIS PIO SILVA	1.932,44	0,00	0,00	0,00	8,08	155,39
4412	VAGNER ROBERTO PIANTA MARIANO	671,51	0,00	0,00	0,00	7,50	50,35
	Empregados: 44	Total: 102.022,48	0,00	0,00	1.055,60		9.384,18
	Contribuintes: 0	Total: 0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
	Total: 44	Total: 102.022,48	0,00	0,00	1.055,60		9.384,18

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	102.022,48	0,00	9.384,18	0,00	0,00	0,00	1.055,60	0,00	8.328,58

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.16
0148100148 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO SICOOB SA BANCO S
AGENCIA: 5042-3 - UNIMAIS CENTRO LESTE PAULISTA
CONTA: 4.599-3

FAVORECIDO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74
VALOR: R$ 2.518,00
DEBITO EM: 19/04/2021

==========

DOCUMENTO: 041916
AUTENTICACAO SISBB: C.9B8.D71.A0C.067.772

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE ANBIOTON IMPORTADORA LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		
DATA DE RECEBIMENTO	**IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR**	**NF-e** N. 000138556 SÉRIE 1

Anbioton

Identificação do emitente

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

AV. AMANCIO GAIOLLI, 426
Complemento: GALPAO 2 - MODULO 2
AGUA CHATA Cep:07251-250
GUARULHOS/SP
Fone: 551143729982

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA [1]
1-SAÍDA

N. 000138556
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3521 0411 2608 4600 0187 5500 1000 1385 5617 9767 4647

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	135210409504763 15/04/2021 18:02:04

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ/CPF
336905878113		11.260.846/0001-87

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF		DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02		15/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**		**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400		15/04/2021
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA ENTRADA/SAÍDA**
LINS	1435325198	SP			17:58:00

FATURA

001 15/04/2021 2.518,00								

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
2.518,00	302,16	0,00	0,00	2.518,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.518,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
QUALITY TRANSP. E ENTREGAS RAPIDAS LTDA	0-REMETENTE				06.321.409/0001-96

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA JUA, 70	SAO PAULO	SP	148923420116

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	CAIXA(S)			12,000	12,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SER.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
0217.4525	FENTANILA CITRATO 50MCG /ML (A1) SOL INJ EPI/IV /IM CX C/5 AMP 10ML -TE UTO GENERICO Lote - 45250120 / Valid ade - 30/03/2023	30049069	000	5102	UN	100,0000	25,1800	2.518,00	2.518,00	302,16	0,00	12,00%	0,00%

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
174488			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Protocolo: 135210409504763 PEDIDO INTERNO: 134050 Convênio nº 00004/2021 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE: 000196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão Tipo de Despesa: Custeio	

powered by TOTVS

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332161634031734 1
16/05/2021 18:25:39

Agência 148-1
Conta corrente 38500-X ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 20/04/2021 Valor R$ 6.607,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 310, lançado a débito* em sua conta corrente 38500-X, agência 148-1, na data acima.

Pagamento efetuado a ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA, na conta 6.013, agência 6885 do banco 001.

(Seis mil e seiscentos e sete reais e oitenta e seis centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 16/05/2021 18:25:39

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA	73016	298

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
02/11/2019 A 01/11/2020	19/04/2021 A 18/05/2021 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	2.851,39
Média Horas:	828,66
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	505,14
TOTAL BASE CALCULO:	4.185,19

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	4.185,19	P
1/3 das Férias:	1.395,06	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	2151,39	P
Desconto da Previdência:	632,51	D
Desconto do imposto de Renda:	491,27	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	7.731,64	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	1.123,78	D
TOTAL LIQUIDO:	6.607,86	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R$ 6.607,86 (seis mil e seiscentos e sete reais e oitenta e seis centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 19/03/2021

ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 em PROMISSAO a importância de R$ 6.607,86(seis mil e seiscentos e sete reais e oitenta e seis centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 17/04/2021
PROMISSAO

ANDRE LUIZ DE OLIVEIRA

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
UGE: 060186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:16
014800148 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001158650011554107185980000051500
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.001
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	515,00
VALOR COBRADO	515,00

NR.AUTENTICACAO 5.A7F.6B5.EB3.A2C.745

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIFLEX EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16.00-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000163682 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0303 7487 6900 0180 5500 1000 1636 8218 6871 0080

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	135210319873169 24/03/2021 14:17:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	24/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	24/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		14:17:16

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	163682	515,00	0,00	515,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	22/04/2021	515,00									

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	140,49	515,00
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	515,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006501	COPO PLAST. 50 ML PS TRANSP C/5000	39241000	060	5405	cx	1,000	99,00	0,00	99,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	10,000	12,80	0,00	128,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006630	PAPEL SULFITE RIFIMAX A-4 C/500 UND	48025610	060	5405	pct	10,000	19,80	0,00	198,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000507	SABONETE LIQ. MAZZO REFIL ERVA DOCE 800 ML GEL	34013000	060	5405	und	12,000	7,50	0,00	90,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 67,35 Federal, 73,14 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (8F6CA7).	Rancado

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Transmitido por DocFix

__/__/__

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:16
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790002079000000294031011955007185980000029800
BENEFICIARIO:
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATE
NOME FANTASIA:
CIRURGICA PAULISTA
CNPJ: 05.768.154/0001-41
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATE
CNPJ: 05.768.154/0001-41
PAGADOR:
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE BILAC - S
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.002
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	298,00
VALOR COBRADO	298,00

NR.AUTENTICACAO A.DE9.52A.7BD.385.CF8

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Cirúrgica Paulista

AV. TIRADENTES, 1309
FRAGATA

17519-000 - MARILIA (SP)
FONE: 14-3413-9949 FAX: 14-3413-9949
EMAIL: vendas@cirurgicapaulista.med.br
www.cirurgicapaulista.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 000132620
SÉRIE: 1
Folha: 1/1

CHAVE DE ACESSO
35-2103-05.768.154/0001-41-55-001-000.132.620-154.517.912-4

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		135.210.322.836.902 25/03/2021 08:20:22
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
438.210.594.110		05.768.154/0001-41

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
8690 - ASSOCIAÇAO BENEFICENTE DE BILAC -			45.349.461/0001-02	25/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
RUA 07 DE SETEMBRO, 529	CENTRO		16210-000	25/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**IE / RG**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	18-3659-1243	SP		08:17:30

LOCAL DE ENTREGA

FATURA/DUPLICATA

000132620-1 - CARTEIRA - 22/04/21 - R$ 298,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
298.00	53.64	0.00	0.00	298.00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTOS	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	298.00

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADO

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	IE

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	(MSG) DESCRIÇÃO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
1789	CADARCO SARJADO P/FIXACAO SONDA 08MMX10M - SAO JOSE Val Aprox Tributos R$ 12,52 Fed R$ 53,64 Est R$ 0,00 Mun FONTE:	58081000	000	5102	UN	100	2,9800	298,00	298,00	53,64	0,00	18	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DANFE PARA TODAS AS OPERAÇÕES. BANCO DO BRASIL - AG. 6605-2 C/C 1791-4 CAIXA FEDERAL - AG. 4113 OP 003 C/C 926-1 AVENIDA GENERAL EURICO GASPAR DUTRA, 620 PROMISSÃO - SP CEP: 16370-000 HOSPITAL GERAL DE PROMISSAO - A/C: GERALDO Valor Aprox Tributos R$ 12,52 - Fed, R$ 53,64 - Est, R$ 0,00 - Mun FONTE:	Cancelado

1 / 1

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:16
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399216370200000004834414601046985980000074844
BENEFICIARIO:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
NOME FANTASIA:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
BENEFICIARIO FINAL:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.003
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	748,44
VALOR COBRADO	748,44

NR.AUTENTICACAO 9.3FB.562.F98.3F5.459

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Uniao Quimica Farmaceutica Nacional S/A

União Química
farmacêutica nacional S/A

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N
KM 862.5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: (35) 3427-9000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 490177
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0360 6659 8100 0975 5500 1000 4901 7713 4319 5062

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 produção estab.destinada a não contribuinte	131214084429326 25/03/2021 15:46:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
5257755260375	813013256118	60.665.981/0009-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL			45.349.461/0001-02	25/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303	JARDIM ARIANO	16400-400		25/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA/ENTRADA**
LINS	551435325198	SP		15:46:28 -03:00

FATURA / DUPLICATAS

FATURA
Número: 0092725870, Valor original: 2.268,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Liquido: 2.268,00

Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor
001	22/04/2021	748,44	002	06/05/2021	748,44	003	20/05/2021	771,12

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.268,00	272,16	0,00	0,00	0,00	2.268,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.268,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RAPI TDA	0 - Remetente				06.321.409/0007-81
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
ESTRADA MUNICIPAL JOSE SEDANO 854	CAMPINAS			SP	795549474111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	VOLUME			3,850	3,850

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC.ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
00000000000001002387	DOLO MOFF 10MG/ML 50AP P344/98 BAF PACK L 2048030 V 31.12.2021 Q 14,000. Vlr. aprox. trib.: 680,40. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1049714550173	30049099	000	6107	UN	14,0000	162,000000	2.268,00	0,00	2.268,00	272,16	0,00	12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 030136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. COMPRADOR DR ANDERSON FARMACIA. Base calculo ICMS: R$ 2.268,00 Valor ICMS partilha: R$ 136,08 ICMS FECP: R$ 0,00. Num.pedido cliente: 004. Ordem de venda: 5395197. Remessa: 82749537. Documento de transporte: 0010084696.	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.16
0148100148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0554-1 - GUARULHOS VILA GALVAO
CONTA: 56.490-6

FAVORECIDO: ANBIOTON IMPORTADORA LTDA
CPF/CNPJ: 11.260.846/0001-87
VALOR: R$ 3.222,00
DEBITO EM: 20/04/2021

==========

DOCUMENTO: 042004
AUTENTICACAO SISBB: E.A05.98E.5BC.A2C.F9E

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

AV. AMANCIO GAIOLLI, 426
Complemento: GALPAO 2 - MODULO 2

AGUA CHATA CEP:07251-250
GUARULHOS/SP
TELEFONE: 551143729982

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000138303
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3521 0411 2608 4600 0187 5500 1000 1383 0317 9941 3137

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	135210402151960 14/04/2021 12:37:46-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
336905878113		11.260.846/0001-87

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	14/04/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	14/04/2021

MUNICIPIO	TELEFONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
LINS	1435325198	SP		12:33:00

FATURA

001 18/04/2021 3.222,00								

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
3.222,00	386,64	0,00	0,00	3.222,00

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	3.222,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
QUALITY TRANSP. E ENTREGAS RAPIDAS LTDA	0-EMITENTE				06.321.409/0001-96

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA JUA, 70	SAO PAULO	SP	148923420116

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3	CAIXA(S)				0,014

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
0217.4525	FENTANILA CITRATO 50MCG/ML (A1) SOL INJ EPI/IV/IM CX C/5 AMP 10ML -TEUTO GENERICO Lote - 45250118 / Validade - 30/03/2023	30049069	000	5102	UN	120,00	26,850000	3.222,00	3.222,00	386,64	0,00	12.00%	0.00%

PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR SUA MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA. NÃO ACEITAMOS DEVOLUÇÕES POSTERIORES POR AVARIA OU DESCONFORMIDADE COM O PEDIDO

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
174488			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Protocolo: 135210402151960 PEDIDO INTERNO: 133866 Convênio nº 00004/2021 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UPAS: 090136 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Cualda" de Promissão Tipo de Despesa: Custeio	

22/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 17:29:31
014800148 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 22/04/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 733.435,42
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO 0.D6B.C9C.11D.58F.552

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

22/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:33:13
014800148 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA	22/04/2021
NR. DOCUMENTO	553.222.000.107.008
VALOR TOTAL	6.000,00

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ANBIOTON IMPORTADORA LTDA
AGENCIA: 3222-0 CONTA: 107.008-8

NR. DOCUMENTO	550.148.000.038.500
NR.AUTENTICACAO	6.653.2EA.988.7AA.F1F

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

ANBIOTON IMPORTADORA LTDA

Anbioton

AV. AMANCIO GAIOLLI, 426
Complemento: GALPAO 2 - MODULO 2

AGUA CHATA CEP:07251-250
GUARULHOS/SP
TELEFONE: 551143729982

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000139130
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3521 0411 2608 4600 0187 5500 1000 1391 3014 2379 9749

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERC. ADQUIRIDAS E/OU RECEBIDAS DE TERCEIROS	135210437630759 22/04/2021 18:25:59-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST.TRIB.	CNPJ
336905878113		11.260.846/0001-87

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	22/04/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	22/04/2021
MUNICIPIO	**TELEFONE/FAX** / **UF** / **INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA ENTRADA/SAÍDA**
LINS	1435325198 / SP		18:22:00

FATURA

001 22/04/2021 6.000,00								

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
6.000,00	720,00	0,00	0,00	6.000,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.000,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
QUALITY TRANSP. E ENTREGAS RAPIDAS LTDA	0-EMITENTE				06.321.409/0001-96

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA JUA, 70	SAO PAULO	SP	148923420116

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2	CAIXA(S)			6,000	6,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
0217.7523	MIDAZOLAM CLORIDRATO (B1) 5MG/ML IV/ IM/R CX C/5 AMP 10ML - TEUTO - GENER ICO Lote - 7523356 / Validade - 30/04/20 24	30049099	000	5102	UN	50,00	120,00000 0	6.000,00	6.000,00	720,00	0,00	12.00%	0.00%

PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR SUA MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA
NÃO ACEITAMOS DEVOLUÇÕES POSTERIORES POR AVARIA OU DESCONFORMIDADE COM O PEDIDO

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
174488			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Protocolo: 135210437630759 MEDICAMENTO PERTENCENTE A PORTARIA 344/98 LISTA B1 PEDIDO INTERNO: 134549 Convênio nº 00004/2021 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde U.G.E: 000136 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Cualda" de Promissão Tipo de Despesa: Custeio	Promissão

26/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 16:35:50
014800148 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 26/04/2021
NR. DOCUMENTO 553.357.000.005.329
VALOR TOTAL 5.502,64
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMED COMERCIO E IMPOR
AGENCIA: 3357-X CONTA: 5.329-5
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

IDENTIFICADOR 1: 45.349.461/0001 02

NR.AUTENTICACAO C.FC5.327.AE0.734.D88

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1-SAIDA: 1

Nº 201245
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0411 2060 9900 0441 5500 1000 2012 4510 0041 0497

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210457588152 27/04/2021 16:40:11

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	27/04/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	27 ABR. 2021

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

FATURA / DUPLICATA

001 27/04/2021 5.502,64

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
5.502,64	664,86	0,00	0,00	5.244,04

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
258,60	0,00		0,00	0,00	5.502,64

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 LIQUIDO
3	CAIXA			12,30	12,30

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
12175	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 2ML GEN-HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AS-124/21 (50) 03/2023 (Fornecedor: 1898, Lote: AS-124/21, Qtde: 50 ,Data Fab: 07/04/2021, Data Val: 31/03/2023)	30049099	000	5102	CX	50	103,4400	5.172,00	5.427,05	651,25		12,00	
23293	DIPIRONA(SANTIDOR) 1G 10-0AMP 2ML IM/IV-SANTISA LT 11525620 (1) 12/2022 (Fornecedor: 931, Lote: 11525620, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020, Data Val: 30/12/2022)	30039099	500	5102	CX	1	72,0400	72,04	75,59	13,61		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V2R2V1||
Pedido: 200217
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Deposito no Bradesco - Ag:3398 Conta:29357-1 (Cod.Ident.: 45349461000102)
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGR: 060136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:16
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080251616020341808710002386010000242618
BENEFICIARIO:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
NOME FANTASIA:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
CNPJ: 10.542.126/0001-41
BENEFICIARIO FINAL:
EPIMED SOLUT TECNO I M LTDA ME
CNPJ: 10.542.126/0001-41
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEF BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.601
DATA DE VENCIMENTO	25/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.426,18
VALOR COBRADO	2.426,18

NR.AUTENTICACAO E.A54.BE1.4B2.5BA.3BF

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPE: 030136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

- NOTA CARIOCA -

20210315u10542126000141i10542126000141

Número da Nota	00018743
Data e Hora de Emissão	15/03/2021 12:20:45
Código de Verificação	G5L3-FB3L

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **10.542.126/0001-41** Inscrição Municipal: **0.441.780-1** Inscrição Estadual: **---**

Nome/Razão Social: **EPIMED SOLUTIONS TECNOLOGIA DE INFORMACOES MEDICAS LTDA**

Nome Fantasia: **Epimed Solutions** Tel.: **21 35505150**

Endereço: **RUA SAO BENTO 9, SAL 601 - CENTRO - CEP: 20090-010**

Município: **RIO DE JANEIRO** UF: **RJ** E-mail: **financeiro@epimedsolutions.com**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----** Inscrição Estadual: **----**

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

Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400** Tel.: **----**

Município: **LINS** UF: **SP** E-mail: **-----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Licença de uso do software Epimed Monitor UTI.

VALOR DA NOTA = R$ 2.426,18

Serviço Prestado

01.05.01 - licenciamento de uso de programa de computação

Deduções (R$)	Desconto Incond. (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito p/ IPTU (R$)
0,00	0,00	2.426,18	5,00%	121,30	0,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 5.098 de 15/10/2009 e no Decreto nº 32.250 de 11/05/2010
- PROCON-RJ: Av. Rio Branco nº 25, 5º andar, tel 151: www.procon.rj.gov.br
- Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 06/04/2021.
- Esta NFS-e não gera crédito para abatimento no IPTU.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

X61041

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:16
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100901304170186030000275434
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	42.602
NOSSO NUMERO	17115360000901304
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	27/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	26/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.754,34
VALOR COBRADO	2.754,34

NR.AUTENTICACAO F.6B2.C54.671.7C5.063

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 050136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

MERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
MILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
UARUJNA - SP
/ 13916-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1416485 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4164 8511 7644 9961

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		135210344156140 30/03/2021 20:50:58
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	30/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	30/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1416485/1	27/04/2021	2.754,34	1416485/2	25/05/2021	2.754,33			

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
5.382,85	952,32	0,00	0,00	5.508,67

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	5.508,67

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2250	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
10,00	VOLUME(S)		0,01393	46,306	46,306

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	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
032015	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T24605 Q: 380,0000 F: 01/02/21 V: 01/02/2024 L: T24700 Q: 120,0000 F: 12/02/21 V: 12/02/2024	62101000	000	5102	PC	500,00	10,2124	5.106,20	5.106,20	919,12	0,00	18,00	0,00
026028	ONDANSETRONA 4MG/2ML,CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 21020119 Q: 50,0000 F: 01/03/21 V: 28/02/2023	30039079	000	5102	AP	50,00	1,4098	70,49	70,49	8,46	0,00	12,00	0,00
011646	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 (BD) L: 1029492 Q: 1.200,0000 F: 28/02/21 V: 30/01/2026, nFCI: 8219DCAF-86A3-4E0E-A17E-235FF04ED964	90183219	500	5102	PC	1.200,00	0,1718	206,16	206,16	24,74	0,00	12,00	0,00
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED) L: 5663 Q: 15,0000 F: 01/03/21 V: 30/03/2024 *Isenção conf. Anexo I, Art. 14, RICMS/2000-SP (Conv.01/99)	90183921	040	5102	PC	15,00	8,3878	125,82	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
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Promissao*Pedido 9553/9550/9557 DATA ENTREGA: 31/03/2021 Pedido: 1883641 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1883641 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Promissão

28/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:21:55
014800148 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 28/04/2021
NR. DOCUMENTO 556.600.000.009.819
VALOR TOTAL 412,50
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: RONALDO LUCIANO DA SILVA
AGENCIA: 6600-1 CONTA: 9.819-1
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO 0.AE5.AB6.DB6.2EF.4BE

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal de Administração e Finanças

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada - NFS-e

Número da Nota	121
Data de Emissão	26/04/2021
Data e Hora da Competência	26/04/2021 às 17:22:27
Código de Verificação	5280-4956-8975

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	24.772.723/0001-77	Cód. Mobiliário	103751	Insc. Mun.	103751
Nome	RONALDO LUCIANO DA SILVA 13097052836			RG/IE	ISENTO
Logradouro	AVENIDA.-JOAO BOSSONARO			Número	30
Bairro	RESIDENCIAL SANTA LUCIA			CEP	16402-530
Município	LINS			UF	SP

Autenticação

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

TOMADOR DE SERVIÇOS

Dentro do País	Sim		
CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Alíq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVICOS DE MOTO TAXI	412,5000	1,00	0,00	0,00	412,50

Valor Total dos Serviços - R$412,50

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

VALOR TOTAL DA NOTA = R$412,50

Atividade

4923001-Serviço de táxi

[LISTA_SERVIÇO] / LCF 116/2003

16.01-SERVIÇOS DE TRANSPORTE COLETIVO MUNICIPAL RODOVIÁRIO, METROVIÁRIO, FERROVIÁRIO E AQUAVIÁRIO DE PASSAGEIROS. SERVIÇOS DE TRANSPORTE DE NATUREZA MUNICIPAL.

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço	Responsável pelo Imposto
Microempreendedor	Dentro do Município	Prestador dos Serviços

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: RONALDO LUCIANO DA SILVA 13097052836 CNPJ: 24.772.723/0001-77

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada n.º **121** emitida em **26/04/2021** às **17:22:27** - Cód Verif **5280-4956-8975**
Condições de Pagamento: Vencimento: 26/04/2021 Valor Total R$ **412,50** Valor Líquido R$ **412,50**
Ass: _____ em ____/____/_____
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

28/04/

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/05/2021 - AUTOATENDIMENTO - 15.02.17
0148100148 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
BANCO: 218 - BANCO BS2 S.A.
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 623.158-6

FAVORECIDO: SILVIA H G MARTINS
CPF/CNPJ: 37.846.536/0001-32
VALOR: R$ 6.090,00
DEBITO EM: 28/04/2021

DOCUMENTO: 042801
AUTENTICACAO SISBB: 1.650.76A.4AC.27F.988

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Ivoni

RECEBEMOS DE SILVIA H G MARTINS OS PRODUTOS SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.000.028 SÉRIE: 1

SILVIA H G MARTINS

RUA JACATIRÃO II, 230 - CASA - PEREQUE MIRIM, Ubatuba, SP - CEP: 11680000

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº 000.000.028
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3521 0437 8465 3600 0132 5500 1000 0000 2810 0000 6085

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		135210458269167 - 27/04/2021 19:03
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
701188880110		37.846.536/0001-32

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	27/04/2021
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP		DATA DE ENTRADA/SAÍDA
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400		
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
Lins	1435325198	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	6.090,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.090,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
AVENTAL LAMINADO TNT 30 G	AVENTAL LAMINADO TNT 30 G	62101000	0400	5102	PÇ	1.500,0000	4,0600	6.090,00					

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
0000000000			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
	28/04 Ivoni

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001160258011554100886040000028400
BENEFICIARIO:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
NOME FANTASIA:
BIRIPEL EMBALAGENS
CNPJ: 03.748.769/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA
CNPJ: 03.748.769/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.802
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	284,00
VALOR COBRADO	284,00

NR.AUTENTICACAO 9.EBE.471.531.158.5B6

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UCR: 090186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Guaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000163932 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3521 0303 7487 6900 0180 5500 1000 1639 3219 8154 0890

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	135210342174085 30/03/2021 13:32:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	30/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA SAIDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO	16210-000		30/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		13:31:28

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	163932	284,00	0,00	284,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	28/04/2021	284,00									

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	76,70	284,00
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	284,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000006748	COPO PLAST. 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	92,00	0,00	92,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000006571	PAPEL INTERF. 100% CELULOSE 20X21 AP C/1000	48182000	060	5405	pct	15,000	12,80	0,00	192,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPS: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 37,10 Federal, 39,60 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (8F6CA7).	

Transmitido por DocFix

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100901676171386040000051804
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	42.803
NOSSO NUMERO	17115360000901676
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	518,04
VALOR COBRADO	518,04

NR.AUTENTICACAO 5.984.6C2.EB2.71D.006

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 080196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1417009 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4170 0911 8551 9617

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		135210348696113 31/03/2021 17:47:34
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	31/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	31/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1417009/1	28/04/2021	518,04						

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
518,04	93,25	0,00	0,00	518,04

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	518,04

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00000	0,637	0,637

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
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290799 Q: 950,0000 F: 21/09/20 V: 20/09/2022	38220090	700	5102	TI	950,00	0,5453	518,04	518,04	93,25	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 01/04/2021 Pedido: 1884643 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1884643 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100901561175186040000056707
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	42.804
NOSSO NUMERO	17115360000901561
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	567,07
VALOR COBRADO	567,07

NR.AUTENTICACAO A.E19.A86.811.B46.0F3

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPE: 080196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1416869 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4168 6911 5752 6121

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		135210348004985 31/03/2021 15:49:31
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	31/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		31/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1416869/1	28/04/2021	567,07						

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
567,07	78,12	0,00	0,00	567,07

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	567,07

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,00068	9,369	9,369

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
033012	CLONAZEPAM 2,0MG (GEOLAB) L: 2100224 Q: 480,0000 F: 30/01/21 V: 30/01/2023 *** Portaria 344/98 B1	30049069	000	5102	CP	480,00	0,088	42,24	42,24	7,60	0,00	18,00	0,00
003148	DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML (TEUTO) (ITEM GENERICO) L: 26584243 Q: 360,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022	30049069	000	5102	AP	360,00	0,6693	240,95	240,95	28,92	0,00	12,00	0,00
021699	FUROSEMIDA 20MG/2ML (TEUTO) (ITEM GENERICO) L: 9067271 Q: 300,0000 F: 30/01/21 V: 30/01/2023	30049099	000	5102	AP	300,00	0,5276	158,28	158,28	18,99	0,00	12,00	0,00
030568	CLOREXIDINA 1% 100ML (VIC PHARMA) L: M28851 Q: 24,0000 F: 01/03/21 V: 30/03/2023	30039099	000	5102	FR	24,00	1,4738	35,37	35,37	6,37	0,00	18,00	0,00
031168	ESCOVA DESC.P/ASSEPSIA DE MAOS CLOREXIDI (VIC PHARMA) L: M28900 Q: 48,0000 F: 01/03/21 V: 30/03/2024	30039099	000	5102	PC	48,00	1,8797	90,23	90,23	16,24	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 31/03/2021 Pedido: 1884477 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1884477 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UNE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000002188874201044686040000248348

BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.805
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.483,48
VALOR COBRADO	2.483,48

NR.AUTENTICACAO 3.B26.51C.D8B.A98.E5C

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 190940
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0311 2060 9900 0441 5500 1000 1909 4010 0062 1173

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./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210349420585 31/03/2021 21:27:47

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	31/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	01 ABR. 2021

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

FATURA / DUPLICATA

001 28/04/2021 2.483,48 | 002 12/05/2021 2.483,47

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
4.640,54	818,07	0,00	0,00	4.966,95

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	4.966,95

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
18	CAIXA			73,24	73,24

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
13139	AG.DESC.25 X 07 C/100-DESCARPACK LT SA-GAAA114A (3) 10/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA114A, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/11/-2020, Data Val: 31/10/2025)	90183219	200	5102	CX	3	12,4100	37,23	37,23	4,95		13,30	
29179	FILTRO BACT.VIRAL ELETROSTATICO C/30-SCA LT 10550 (1) 03/2024 (Fornecedor: 2426, Lote: 10550, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/202-1, Data Val: 31/03/2024)	90192010	000	5102	CX	1	390,0000	390,00	390,00	70,20		18,00	
29744	SONDA END.PVC N.8,0 C/ CUFF PC-HAIBREA LT 201057 (10) 09/2025 (Fornecedor: 1854, Lote: 201057, Qtde: 10 ,Data Fab: 18/09/202-0, Data Val: 17/09/2025)	90189099	200	5102	PC	10	4,2040	42,04	42,04	7,57		18,00	
29745	SONDA END.PVC N.8,5 C/ CUFF PC-HAIBREA LT 201057 (10) 09/2025 (Fornecedor: 1854, Lote: 201057, Qtde: 10 ,Data Fab: 18/09/202-0, Data Val: 17/09/2025)	90189099	200	5102	PC	10	4,2040	42,04	42,04	7,57		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA014C (5) 10/2025 (Fornecedor: 918, Lote: SLAKAA014C, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183999	200	5102	CX	5	21,0000	105,00	105,00	18,90		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R4V17||UTI Promissão - convenio 031/2015
ITENS 6,16 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 6 ICMS-ST retido por operação anterior base: 268,08 valor: 25,50
Pedido: 190399
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 6
Rota....: 2 Cubagem: 0,43

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 060136 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 190940
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0311 2060 9900 0441 5500 1000 1909 4010 0062 1173

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./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210349420585 31/03/2021 21:27:47

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.10PCT C/07-SLIM GERI LT 255101001 (3) 12/2023 (Fornecedor: 798-3, Lote: 255101001, Qtde: 3 ,Data Fab: 21/12/2020, Data Val: 21/12/2023)	96190000	060	5405	FD	3	86,8233	260,47					
21577	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/12 PROC-CREME LT 0306033H (1) 08/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 0306033H, Qtde: 1 ,Data Fab: 11/08/-2020, Data Val: 10/08/2022)	30051030	800	5102	PCT	1	62,2500	62,25	62,25	11,21		18,00	
21575	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/12 PROC-CREME LT 1605110C (2) 03/2023 (Fornecedor: 1496, Lote: 1605110C, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/-2021, Data Val: 31/03/2023)	30051030	300	5102	PCT	2	36,5100	73,02	73,02	13,14		18,00	
16984	LUVA P/PROCED.N.EST.G C/10-NUGARD LT 197-1B60 (2) 04/2025 (Fornecedor: 7976, Lote: 1971B60, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2025)	40151900	200	5102	CX	2	806,8900	1.613,78	1.613,78	290,48		18,00	
11745	ESCOVA CLOREX.SCRUB MX C/48-CRISTALIA LT 21010394 (1) 01/2023 (Fornecedor: 727, Lote: 21010394, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/-2021, Data Val: 31/01/2023)	30049047	000	5102	CX	1	114,3100	114,31	114,31	20,58		18,00	
21987	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-BLUES LT 20200084A (2) 10/2025 (Fornecedor: 799-0, Lote: 20200084A, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/10/2025)	39262000	200	5102	CX	2	698,4550	1.396,91	1.396,91	251,44		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H836 (4) 10/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H836, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183119	200	5102	CX	4	82,3425	329,37	329,37	43,81		13,30	
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 044 (100) 05/2025 (Fornecedor: 261, Lote: 044, Qtde: 100 ,Data Fab: 20/05/2020, Data Val: 20/05/2025)	44219900	000	5102	PCT	100	2,8500	285,00	285,00	51,30		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML LS C/500 INSULINA-SR LT H805 (1) 10/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H805, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2025)	90183111	200	5102	CX	1	110,0000	110,00	110,00	19,80		18,00	
19245	CLOREX ALCOÓLICA 0,5% 100ML CX C/2-4-VICPHARMA LT M27347 (1) 05/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: M27347, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	30039099	000	5102	CX	1	39,5900	39,59	39,59	7,12		18,00	
29045	PERIOPLAK ENXAG.BUCAL 0,12% 250MLS-REYMER LT 06141 (6) 06/2022 (Fornecedor: 2786, Lote: 06141, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/06/202-0, Data Val: 30/06/2022)	33069000	060	5405	FR	6	10,9900	65,94					

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090186 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000002188870001042186040000102633

BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.806
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.026,33
VALOR COBRADO	1.026,33

NR.AUTENTICACAO B.409.861.FBF.013.5EE

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 190926
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0311 2060 9900 0441 5500 1000 1909 2610 0012 3913

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135210349359457 31/03/2021 21:07:52

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	31/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	01 ABR 2021

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

FATURA / DUPLICATA

001	28/04/2021	1.026,33	002	12/05/2021	1.026,33

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.052,66	276,08	0,00	0,00	2.052,66

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	2.052,66

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
3	CAIXA			13,10	13,10

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
13925	NITROGLICERINA 50MG(TRIDIL)1-OAMP 10ML-CRISTALIA LT 20110370 (1) 11/20-22 (Fornecedor: 727, Lote: 20110370, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/11/-2022)	30049099	000	5102	CX	1	303,9300	303,93	303,93	54,71		18,00	
19352	VANCOMICINA 500MG 25FAM-ABL LT 109314C (1) 10/2022 (Fornecedor: 1000, Lote: 109314C, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020, Data Val: 30/10/2022)	30042071	000	5102	CX	1	135,8200	135,82	135,82	24,45		18,00	
13493	BROMOPRIDA 10MG 100AMP 2ML GEN-HIPOLABOR LT AT-003/20 (1) 06/2022 (Fornecedor: 189-8, Lote: AT-003/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049045	000	5102	CX	1	114,3100	114,31	114,31	13,72		12,00	
23773	FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-SANTISA LT 20205020 (1) 11/2022 (Fornecedor: 931, Lote: 20205020, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/20-20, Data Val: 30/11/2022)	30039099	500	5102	CX	1	62,5800	62,58	62,58	7,51		12,00	
11558	SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT XIH (2) 01/2023 (Fornecedor: 15842, Lote: XIH, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/2021, Data Val: 31/01/2023)	30049099	500	5102	CX	2	129,6500	259,30	259,30	34,49		13,30	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R7V2||UTI Promissão - convenio 031/2015
Pedido: 190350
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G. DUTRA , PROMISSAO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 2 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convenio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 190926
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0311 2060 9900 0441 5500 1000 1909 2610 0012 3913

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
135210349359457 31/03/2021 21:07:52

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24966	CEFTRIAXONA 1G IV 100FAM GEN-BLAU LT 2103-0414 (2) 03/2023 (Fornecedor: 1, Lote: 21-030414, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 31/03/2023)	30042059	500	5102	CX	2	588,3600	1.176,72	1.176,72	141,20		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000002188882301042986040000061642

BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.807
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	616,42
VALOR COBRADO	616,42

NR.AUTENTICACAO 8.CF6.D7F.62A.BEC.022

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martino Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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 507658
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0311 2060 9900 0107 5500 1000 5076 5810 0029 7533

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131214093582469 31/03/2021 21:10:34

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	31/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	01 ABR 2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		01/04/2021

FATURA / DUPLICATA

001	28/04/2021	616,42	002	12/05/2021	616,42		

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
1.052,39	66,43	0,00	0,00	1.232,84

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.232,84

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
5	CAIXA			26,72	26,72

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
21523	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-DESCARBOX ECOLOGIC LT 4293 (1)03/25 (Fornecedor: 20-14, Lote: 4293, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/-2020, Data Val: 30/03/2025)	48191000	000	6108	CX	1	132,1000	132,10	132,10	15,85		12,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 10042020 (6)04/23 (Fornecedor: 2080, Lote: 10042020, Qtde: 6 ,Data Fab: 10/04/-2020, Data Val: 10/04/2023)	90189010	200	6108	PCT	6	25,3200	151,92	151,92	6,08		4,00	
29282	SONDA FOLEY 2V N.14 05CC C/1-0-DESCARPACK LT SSFAAA0002 (1)09/25 (Fornecedor: 918, Lote: SSFAAA0002, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 30/09/-2025)	90183921	700	6108	PCT	1	26,8200	26,82	26,82	3,22		12,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5-0-DESCARPACK LT SECDAA0017 (8)01/23 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0017, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 31/01/-2023)	90181100	200	6108	PCT	8	16,0000	128,00	128,00	5,12		4,00	
23053	C.G.7,5 X 7,5 11F N.ESTERIL-CLEAN LT 8552-10/20 (8)10/24 (Fornecedor: 1886, Lote: 855210/20, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/10/2020, Data Val: 31/10/2024)	58030010	000	6108	PCT	8	8,8613	70,89	70,89	8,51		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI Promissão - convenio 031/2015;#R45 B3
ITEM 6 Isento de ICMS conf. Conv. 1 de 02/03/99, prorrogado ate 30/09/2019
ITENS 7,10 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITENS 2,4,8,11 a 13 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 115,40
Pedido: 475313
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
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: 0,24

RESERVADO AO FISCO

Mercadorias avariadas, ou faltas só serão repostas se forem relacionadas no recebimento de transportes.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 507658
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0311 2060 9900 0107 5500 1000 5076 5810 0029 7533

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131214093582469 31/03/2021 21:10:34

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22010	FRASCO P/DREN.TORACICA C/EXT.2000ML-BIOTEC REF.0006003 LT 21/A00764 (2)03/24 (Fornecedor: 7710, Lote: 21/A00764, Qtde: 2 ,Data Fab: 12/03/2021, Data Val: 11/03/2024)	90183929	040	6108	UND	2	23,2550	46,51					
1334	COL.UR.2000ML SF C/VALV PC-BIO BAG (BIONAL) LT BB060120 (10)01/23 (Fornecedor: 3043, Lote: BB060120, Qtde: 10 ,Data Fab: 06/01/2020, Data Val: 06/01/2023)	90189099	040	6108	PC	10	11,0600	110,60					
4449	TURBANTE DESC.ELAST.C/10-0-DESCARPACK LT STEFAA0100 (12)06/25 (Fornecedor: 918, Lote: STEFAA0100, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2025)	65050090	200	6108	PCT	12	14,3500	172,20	172,20	6,89		4,00	
17146	DISP.TRANSF.PONTA DUPLA PC-EMBRAMED REF.3-82532 LT 2000033344 (20)10/23 (Fornecedor: 1496, Lote: 2000033344, Qtde: 20 ,Data Fab: 19/10/2020, Data Val: 04/10/2023)	90189010	000	6108	PC	20	1,2700	25,40	25,40	3,05		12,00	
22094	COLETOR DE SECRECAO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC REF.0006006 LT 21/A00288 (3)01/24 (Fornecedor: 7710, Lote: 21/A00288, Qtde: 3 ,Data Fab: 28/01/2021, Data Val: 28/01/2024)	90183929	040	6108	UND	3	7,7800	23,34					
13581	EQ.MIC.C/BURE.F/A+P LL 150ML C/10-SOLIDOR LT 78220041 (1)04/25 (Fornecedor: 2080, Lote: 78220041, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90189010	200	6108	PCT	1	59,3600	59,36	59,36	2,37		4,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H506 (1)07/25 (Fornecedor: 1156, Lote: H506, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2025)	90183119	200	6108	CX	1	161,7900	161,79	161,79	6,47		4,00	
22992	CATETER IV 22G 0,9X25MM C/100-TKL LT 533/-267 (1)08/25 (Fornecedor: 2598, Lote: 005-33/267, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/09/2020, Data Val: 30/08/2025)	90183929	200	6108	CX	1	75,0000	75,00	75,00	3,00		4,00	
19247	CLOREX DEGERM 2% 100ML CX C/24-VICPHARMA LT M28609 (1)01/24 (Fornecedor: 7744, Lote: M28609, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2021, Data Val: 31/01/2024)	30039099	000	6108	CX	1	48,9100	48,91	48,91	5,87		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399121986340000003811633601015686040000127250

BENEFICIARIO:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
CIRURGICA NEVES LTDA
CNPJ: 04.182.003/0001-44
BENEFICIARIO FINAL:
CIRURGICA NEVES LTDA - EPP
CNPJ: 04.182.003/0001-44
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.808
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.272,50
VALOR COBRADO	1.272,50

NR.AUTENTICACAO 2.EA4.7D5.142.396.DD3

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGR: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CIRURGICA NEVES LTDA EPP.

RUA 24 DE DEZEMBRO, 1360 - ALTO CAFEZAL - MARILIA - SP - CEP: 17504-010
Fone: (14)3413-2483 - FAX: (14)3413-2483
cirurgicaneves@cirurgicaneves.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.014.928
Série 003
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0304 1820 0300 0144 5500 3000 0149 2815 9879 1090

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	**135210347628482 31/03/2021 14:50:55**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
438194872116		04.182.003/0001-44

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	31/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO		16400-400	31/03/2021
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
LINS	SP	(14)3541-0969		

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 20156 - Valor Original: R$ 1.272,50 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLíquido: R$ 1.272,50

DUPLICATAS

Número	001
Vencimento	28/04/2021
Valor	R$1.272,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.272,50	229,05	0,00	0,00	1.272,50

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	1.272,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
O MESMO	0 - REMETENTE				04.182.003/0001-44
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
O MESMO	O MESMO			SP	438194872116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	Vol./Caixas	Diversos			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
5071	EQUIPO GIRASET EG 0421 000 EST (CX 50UN) LOTE FEV 219023370353500B	90189099	000	5102	UN	50,0000	25,4500	0,00	1.272,50	1.272,50	229,05	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
UMS: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Vr Aprox.Trib. IBPT/Empresometro 182C/D529CB ==> R$ Fed:83,09 Est:152,70 Munic:0,00 Venda Presencial ESTABELECIMENTO IMPEDIDO DE RECOLHER O ICMS/ISS PELO SIMPLES NACIONAL,NOS TERMOS DO 1 DO ART. 20 DA LEI COMPLEMENTAR N 123, DE 2006 NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. ORCAMENTO 21 895 PEDIDO: 020156___VENDEDOR: ___CONDICAO DE PAGTO: 28 DIAS___COBRANCA: ___CLIENTE: 701	

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000002188880701045486040000259417

BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
BENEFICIARIO FINAL:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.809
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	2.594,17
VALOR COBRADO	2.594,17

NR.AUTENTICACAO D.F21.754.B2E.F97.723

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UNE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Materiais Médicos Supermed Hospitalares

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 507655
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0311 2060 9900 0107 5500 1000 5076 5510 0119 5546

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte		131214093582459 31/03/2021 21:10:33

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	613.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)		45.349.461/0001-02	31/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	01/04/2021
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF / INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP	

FATURA / DUPLICATA

001	28/04/2021	2.594,17	002	12/05/2021	2.594,17

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
5.188,34	329,36	0,00	0,00	5.188,34

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	5.188,34

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXA			29,31	29,31

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
29555	WOSULIN NPH 100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10276 (4)01/22 (Fornecedor: 2946, Lote: DV10276, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2022)	30043100	200	6108	FR	4	17,4075	69,63	69,63	2,79		4,00	
29556	WOSULIN REG.100UI/ML FAM 10ML-BIOMM 2 A 8 LT DV10335 (4)01/22 (Fornecedor: 3054, Lote: DV10335, Qtde: 4 ,Data Fab: 28/02/2020, Data Val: 30/01/2022)	30043100	200	6108	FR	4	17,4075	69,63	69,63	2,79		4,00	
29413	LACTULOSE XPE AMEIXA 120ML-NTS LT 23043 (6)03/23 (Fornecedor: 2901, Lote: 23043, Qtde: 6 ,Data Fab: 09/03/2021, Data Val: 09/03/2023)	21069030	000	6108	FR	6	6,2600	37,56	37,56	4,51		12,00	
19708	PIPERACI.+TAZOBACT.4,0+0,5G 10FAM GEN-MYLAN LT 7104822 (5)08/22 (Fornecedor: 7781, Lote: 7104822, Qtde: 5 ,Data Fab: 31/08/2020, Data Val: 31/08/2022)	30041019	200	6108	CX	5	705,2620	3.526,31	3.526,31	141,05		4,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 2014068 (6)07/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2014068, Qtde: 6 ,Data Fab: 14/07/2020, Data Val: 14/07/2022)	30049099	000	6108	TB	6	4,9233	29,54	29,54	3,54		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI Promissão - convenio 031/2015;#R45 B6
ITENS 1 a 2,4 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 602,47
Pedido: 475292
End. Entrega: AV GENERAL EURICO G. DUTRA , PROMISSAO - 16370-000, PROMISSAO-SP -
Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
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: 0,07

RESERVADO AO FISCO

Mercadoria avariadas, ou faltas so serão repostas se forem relacionadas ao conhecimentos do transportes.

PERES
URGENT
Convênio nº 0000/2011
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

1 / 1

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 507655
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3121 0311 2060 9900 0107 5500 1000 5076 5510 0119 5546

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131214093582459 31/03/2021 21:10:33

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29999	CLONAZEPAM(B1) 2MG 60CP GEN-PHARLAB (PORT.344/98) LT 21000058 (1)01/23 (Fornecedor: 6304, Lote: 21000058, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/01/2021, Data Val: 31/01/2023)	30049069	000	6108	CX	1	6,1400	6,14	6,14	0,74		12,00	
1238	OPRAZON 40MG PO INJ.20FAM+DIL.10ML-BLAU LT 20111114 (2)11/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20111114, Qtde: 2 ,Data Fab: 10/11/2020, Data Val: 10/11/2022)	30049069	000	6108	CX	2	643,9150	1.287,83	1.287,83	154,54		12,00	
28655	DIAZEPAM(B1) 10MG 30CP GEN-GERMED (PORT.344/98) LT 1Y2579 (1)07/22 (Fornecedor: 393, Lote: 1Y2579, Qtde: 1 ,Data Fab: 04/07/2020, Data Val: 04/07/2022)	30049064	500	6108	CX	1	5,0000	5,00	5,00	0,60		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 21.060-70 (2)03/24 (Fornecedor: 1793, Lote: 21.060-70, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2021, Data Val: 01/03/2024)	38089429	000	6108	CX	2	78,3500	156,70	156,70	18,80		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGR: 090196 - Hospital Geral "Prefeito Miguel Martins Gualda" de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:17
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900024021172586050000135835
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.810
NOSSO NUMERO	33088411000024021
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	29/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.358,35
VALOR COBRADO	1.358,35

NR.AUTENTICACAO 5.8D5.70B.97B.710.8DC

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 163372
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0304 0278 9400 0750 5500 1000 1633 7210 0096 8173

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135210344236041 30/03/2021 21:18:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	30/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	30/03/2021

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		21:00

FATURA / DUPLICATA

001	29/04/2021	1.358,35	002	29/05/2021	1.358,34

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.716,69	415,55	0,00	0,00	2.716,69

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	2.716,69

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	633565182110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXAS			15,00	15,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21230	MEROPENEM IV 1G C/10 F/A GEN (N) - ABL (Lote: 11151A20I22, Qtde: 5, Dt Val: 31/08/2022 ,Data Fab: 01/09/20-20)	30042099	000	5102	CX	5	244,8500	1.224,25	1.224,25	146,91		12,00	
26388	BIC.DE SODIO 8,4% 250ML SF C/35-HYPO-FARM (Lote: 21030401, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2023 ,Data Fab: 01/03/2021)	30039099	000	5102	CX	1	1.000,0000	1.000,00	1.000,00	180,00		18,00	
51558	FITA ONETOUCH SELECT PLUS FLEX C/50-J&J (Lote: 4667128, Qtde: 12, Dt Val: 30/0-4/2022 ,Data Fab: 01/04/2020)	38220090	200	5102	CX	12	25,5000	306,00	306,00	55,08		18,00	
35335	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 400/10 - NOBRE (Lote: 0820, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2023 ,Data Fab: 01/08/20-20)	30059090	000	5102	CX	1	186,4400	186,44	186,44	33,56		18,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGR: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Bardino Cuaida"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 3 e 4
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 452,90, Federal, R$ 37,35, Estadual, R$ 415,55
Pedido: 183859
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:18
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884120800019892173786050000022067
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.811
NOSSO NUMERO	33088412000019892
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	29/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	220,67
VALOR COBRADO	220,67

NR.AUTENTICACAO 9.C3B.CE0.5A7.BAA.87C

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

dupatri
HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1171134
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5221 0304 0278 9400 0326 5500 1001 1711 3410 0123 9917

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152213936323866 30/03/2021 20:11:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	30/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	30/03/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		20:11

FATURA / DUPLICATA

001	29/04/2021	220,67	002	29/05/2021	220,66		

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
367,76	44,13	0,00	0,00	441,33

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	441,33

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXAS			17,50	17,50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
49467	OMEPRAZOL 20MG C/56 CAP GEN - PHARLAB (Lote: 20005335, Qtde: 2, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2020)	30049069	020	6108	CX	2	5,9900	11,98	9,98	1,20		12,00	
50957	AGUA DESTILADA 200/10ML - FARMARIN (Lote: 024621, Qtde: 5, Dt Val: 28/02/2023 ,Data Fab: 01/02/2021)	30049099	020	6108	CX	5	56,8000	284,00	236,66	28,40		12,00	
35966	HIDROCORTISONA 100MG C/50F/A GEN - BLAU (Lote: 20120954, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2-022 ,Data Fab: 01/12/2020)	30043210	020	6108	CX	1	122,9500	122,95	102,45	12,29		12,00	
33995	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-82104, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2026 ,Data Fab: 01/01/2021)	30059090	020	6108	RL	2	11,2000	22,40	18,67	2,24		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPS: 050136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualia"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDEREÇO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
PROMISSÃO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITENS 1 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 4
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 2,4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 1,3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 4
ITEM 4
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 18,38
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 45,87, Federal, R$ 1,74, Estadual, R$ 44,13
Pedido: 1254738
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:18
014800148 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090252488700300000350173186060000050000
BENEFICIARIO:
JOAO BOSCO FERRARA - ME
NOME FANTASIA:
JOAO BOSCO FERRARA - ME
CNPJ: 10.816.633/0001-26
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIENTE DO
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.812
NOSSO NUMERO	25248870000000350
CONVENIO	02524887
DATA DE VENCIMENTO	30/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	500,00
VALOR COBRADO	500,00

NR.AUTENTICACAO 5.8D5.8BF.8D4.610.B7E

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	7132
Data de Emissão	19/04/2021
Data e Hora da Competência	19/04/2021 às 15:17:35
Código de Verificação	8818-3115-0852

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ	10.816.633/0001-26	Cód. Mobiliário	18212	Insc. Mun.	18212
Nome	JOAO BOSCO FERRARA - ME			RG/IE	419132634113
Logradouro	RUA-PEDRO DE TOLEDO			Número	00501
Bairro	CENTRO			CEP	16400-105
Município	LINS			UF	SP
Situação	Optante do Simples Nacional				
Telefones					
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	RG/IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
16199	ALUGUEL DE IMPRESSORA	500,0000	1,00	0,00	0,00	500,00

Valor Total dos Serviços - R$500,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

LOCAÇÃO DA MÁQUINA BROTHER
REFERENTE AO VENCIMENTO DO MÊS DE MARÇO E ABRIL

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 500,00

Atividade

9511800-Reparação e manutenção de computadores e de equipamentos periféricos

Item da Lista / LCF 116/2003

14.01-LUBRIFICACAO, LIMPEZA, LUSTRACAO, REVISAO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURACAO, BLINDAGEM,MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES,ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO (EXCETO PEÇAS E PARTES EMPREGADAS, QUE FICA

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço
Simples Nacional	Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
2,7900	500,00	0,00	0,00	13,95

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 500,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: JOAO BOSCO FERRARA - ME CNPJ: 10.816.633/0001-26

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **7132** emitida em **19/04/2021** às **15:17:35** - Cód Verif **8818-3115-0852**

Condições de Pagamento: Vencimento: 19/04/2021 Valor Total R$ **500,00** Valor Líquido R$ **500,00**

Ass: _____ em ____/____/_____,

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:18
014800148 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090330884110900024111171186060000140000
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.813
NOSSO NUMERO	33088411000024111
CONVENIO	03308841
DATA DE VENCIMENTO	30/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.400,00
VALOR COBRADO	1.400,00

NR.AUTENTICACAO 7.B58.30E.878.F7E.87E

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 163471
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0304 0278 9400 0750 5500 1000 1634 7110 0063 5849

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135210347174806 31/03/2021 13:31:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	31/03/2021

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	31/03/2021

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		13:29

FATURA / DUPLICATA

001	30/04/2021	1.400,00	002	30/05/2021	1.400,00		

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.800,00	336,00	0,00	0,00	2.800,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.800,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	633565182110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			9,00	9,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
33235	PIPER.TAZOB 4,5G C/10 GEN - MYLAN (Lote: 7104832, Qtde: 10, Dt Val: 31/08/2022 ,Data Fab: 01/08/2020)	30041019	200	5102	CX	10	280,0000	2.800,00	2.800,00	336,00		12,00	

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 09/196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
PROMISSÃO - DUPATRI9ENDERECO AV EURICO GASPAR DUTRA 620 VILA REAL PROMISSÃO SPUTI
9PROMISSAO CONV 031/2015 AC ROGERIO
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 336,00, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 336,00
Pedido: 184004
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:18
014800148 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000001104585177486060000090096
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
NOME FANTASIA:
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD
CNPJ: 67.729.178/0002-20
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.814
NOSSO NUMERO	13048400001104585
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	30/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	900,96
VALOR COBRADO	900,96

NR.AUTENTICACAO 3.AF4.319.8E0.F43.0AF

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPE: 030196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 - 3134394300

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0583544 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3121 0367 7291 7800 0220 5500 1000 5835 4411 8489 2014

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 MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO	131214070061862 16/03/2021 17:08:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
0629965800021	813016120116	67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	16/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	16/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0583544/1	30/04/2021	900,96						

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
900,96	108,12	0,00	0,00	900,96

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	900,96

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0008-92

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV APIO CARDOSO 3115	CONTAGEM	MG	0620929840177

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	2,473	2,473

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	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
017282	DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML (FARMACE) L: DP20F2 66 Q: 100,0000 F: 30/06/20 V: 30/06/2022	30039099	000	6108	AP	100,00	0,59	59,00	59,00	7,08	0,00	12,00	0,00
001672	DEXAMETASONA 4MG/ML (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 21010004 Q: 200,0000 F: 28/02/21 V: 30/01/2023	30043290	000	6108	AP	200,00	1,4098	281,96	281,96	33,84	0,00	12,00	0,00
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 21010552 Q: 20,0000 F: 30/12/20 V: 30/12/2022, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E171AF5FD	30049069	500	6108	FA	20,00	28,00	560,00	560,00	67,20	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
1282010014	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido 9108 - Promissao DATA ENTREGA: 17/03/2021 Pedido: 1868714 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1868714 *** 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: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 18/06/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 37,14 | LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Conferido

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:18
014800148 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100896411170986060000157664
BENEFICIARIO:
COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA
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	42.815
NOSSO NUMERO	17115360000896411
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	30/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	1.576,64
VALOR COBRADO	1.576,64

NR.AUTENTICACAO F.8EF.4C5.D86.DA3.907

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 139,6-074 - 19352258/00

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1410649 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3521 0367 7291 7800 0491 5500 1001 4106 4911 3913 1144

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	135210288465756 16/03/2021 20:16:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO	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	16/03/2021
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		16/03/2021
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1410649/1	30/04/2021	1.576,64						

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
1.576,64	276,20	0,00	0,00	1.576,64

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	1.576,64

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,00370	20,916	20,916

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	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
032182	RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2 (VENKURI) L: T24475 Q: 200,0000 F: 14/01/21 V: 14/01/2024	63079010	000	5102	PC	200,00	2,8084	561,68	561,68	101,11	0,00	18,00	0,00
031343	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN) L: 200849 Q: 400,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2025	90183999	200	5102	PC	400,00	0,2097	83,88	83,88	15,10	0,00	18,00	0,00
020475	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (CREMER) L: 367182106 Q: 1,0000 F: 28/02/21 V: 28/02/2026	30059019	000	5102	RO	1,00	10,5826	10,58	10,58	1,90	0,00	18,00	0,00
013992	AGUA PARA INJECAO 10ML (EQUIPLEX) L: 2130131 Q: 400,0000 F: 21/01/21 V: 18/01/2023	30049099	000	5102	AP	400,00	0,3168	126,72	126,72	15,21	0,00	12,00	0,00
019015	ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICOG (UNIAO QUIMICA) L: 2100016 Q: 2,0000 F: 26/01/21 V: 31/01/2024	30049099	000	5102	TB	2,00	8,811	17,62	17,62	3,17	0,00	18,00	0,00
031377	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A12807C Q: 20,0000 F: 10/03/20 V: 28/02/2022	30049099	200	5102	SE	20,00	35,244	704,88	704,88	126,88	0,00	18,00	0,00
031287	ALCOOL 70% 1000ML ANTISSEPTICO (VIC PHARMA) L: M28482 Q: 12,0000 F: 30/11/20 V: 30/11/2022	30039099	000	5102	L	12,00	5,94	71,28	71,28	12,83	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: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Pedido 9102/9104/9108 - Promissao DATA ENTREGA: 17/03/2021 Pedido: 1868710 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1868710 *** 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: 23/04/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: PROMISSAO UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UTR: 060196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

05/05/2021 - BANCO DO BRASIL - 15:02:18
014800148 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

BANCO BRADESCO S.A.

23790025009000001072985006725809586040000008505
BENEFICIARIO:
RELOPONTO
NOME FANTASIA:
RELOPONTO
CNPJ: 07.205.546/0001-28
BENEFICIARIO FINAL:
RELOPONTO
CNPJ: 07.205.546/0001-28
PAGADOR:
ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	42.816
DATA DE VENCIMENTO	28/04/2021
DATA DO PAGAMENTO	28/04/2021
VALOR DO DOCUMENTO	85,05
VALOR COBRADO	85,05

NR.AUTENTICACAO B.0AC.7AD.087.9D5.990

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.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

CALEJON RELOGIOS DE PONTO LTDA

QT@A@GH@-Mqn 1840 , O@SQHL NMHN MNUN
BDO 90444/ ,/ / 4 , UNSTONQ@MF @, RO
d,l `lk9l k`shun? bneqlrhdf-bnl -aq

Ins.Municipal: 11684600 CNPJ: 07.205.546/0001-28 I.E: 718.088.740.114

NOTA FISCAL DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

C`s d gnq.dn c` h oqdrr%a	C`s cn Rdquh n	Rhst`‹%a c` rms	M%l dqn cd bnmsqnkd	
28/04/2021 , / 8928907	08/04/2021	Emitida	2021/121104	Nota Eletrônica nº13025 - série B

Tomador de Serviço

Nome/ Razão Social:	ASSOC HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço:	AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, Nro 303 - JARDIM ARIANO
CEP/Cidade/UF:	16400-400 - LINS - SP
Email:	ebatista@ahbb.org.br
CNPJ:	45.349.461/0001-02
Inscrição Estadual:	ISENTO
Local da prestação do serviço:	VOTUPORANGA-SP

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

cod.serviço	quantidade	descrição do serviço	vlr.unitário	vlr.total	dedução	alíquota
03-/ 0	0	UHRHS@BNL RTONQSD SDBMHBN	74‹4	74‹4	/‹/	2-61$

Convênio nº 000004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
[illegible]
"Prefeito [illegible]"
da Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

Prefeitura do Município de Votuporanga

Estado de SAO PAULO

Rdbqds`qh c` E`ydmc`

Depart. da Receita Tributária

QT@O@Q@-MP 2116 , O@SQHL NMHN UDKGN
B-D-O 044/ 1,125+ UNSTONQ@MF @RO(
BMOI 35-488-7/ 8./ / / 0,71 , vvv-unst onq rnf`-ro-f nu-aq

SIMPLES NACIONAL:	OPTANTE
Valor Bruto da Nota:	85,05
Base de Cálculo do ISS:	85,05
Valor do ISS:	3,16
ISS retido na fonte:	******************
PIS:	******************
IRRF:	******************
CSLL:	******************
COFINS:	******************
Previdência Social:	******************
Valor Líquido na Nota:	85,05

Fundamentos legais: Lei Federal 116/2003, Lei Municipal 87/2005, Lei Complementar Municipal 110/2003 alterada pelas leis 136/2006 e 169/2008, Decreto Municipal 10400/2018.
NOTA FISCAL emitida através do site www.votuporanga.sp.gov.br, com escrituração digital no banco de dados do município.
Qualquer rasura ou adendo que não faça parte da sua impressão original tornará esta nota fiscal inválida.
Não tem valor como recibo.

Knb`kc` hmbhcŽmbh cn HRR9UNSTONQ@MF @RO Qdronm` udkQdbnlgh dmsn9Oqdrs`cnq

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Khrs cd Rdquh nr cd KdhBnl okl dms qEdcdq k005.1/ / 2-
03-/ 0'684007/ / / 0/ (, KTAQHEHB@EÉN+KHL ODY@KTRSQ@EÉN+QDUHRÉN+B@QF@D QDB@QF@BNMRDQSN+QDRS@TQ@EÉN+AKHMC@FDL+L@MTSDMEÉN DBNMRDQU@EÉN CD L äPTHM@R
UHRHS@((U`knq`oqnwh `cn cnr sqhat snr Q#/ ‹/ `/ ‹/ $ (Edcdq kQ#/ ‹/ `/ ‹/ $ ( L t mhbho`k, Enmsd9hAOS-

Nq`l dmsn MP	E`st q MP	Udmbh dmsn	@HCE MP	Kh hsd c`r mms r `@HCE(
**************************	32597	28/04/2021	2018/1306	1 a 9999999

Para a certificação de autenticidade desta nota acesse e informe o Código de Validação W2G3A7.S4X7D8.M1W5J3 com as demais informações constante da nota. Código de Verificação: 8DA15406A

BDHRR , BNMSQNKD DKDSQì MHBN CD HRR

30/04/2021 - BANCO DO BRASIL - 18:00:29
014800148 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO BENEFICENTE DE
AGENCIA: 0148-1 CONTA: 38.500-X

DATA DA TRANSFERENCIA 30/04/2021
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 700.842,68
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 550.148.000.038.500

NR.AUTENTICACAO 3.180.4B7.E2E.612.2B0

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

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Geral de Promissão - SP

Relatório de Desempenho mês de ABRIL de 2021

Período compreendido: **01/04/2021 a 30/04/2021**

Origem dos dados: Epimed Monitor ® Epimed

INDICADORES	METAS	RESULTADOS
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	1%
Duração média da internação (dias)	< 8 dias	10,04
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 1	1,25
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6%	0
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	1%
Taxa de ocupação (%)	75%	77
Taxa de Satisfação	90%	100%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Total de Internações no Período (n)	30	30
Internações Novas (n)	25	23
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	20	23
Reinternações na unidade < 24hs (n)	1	0
Número de pacientes-dia (n)	150	231
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	46,96
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	22,30
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	5
Mortalidade Observada (%)	-	16,66
Taxa de utilização de VM (%)	-	45,89
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	49,78
Taxa de utilização de SVD (%)	-	76,19

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPS: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Cualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Taxa de infecção hospitalar	(N infecções na UTI / total de saídas)x100
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
SMR	Mortes obtidas / Mortes esperadas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

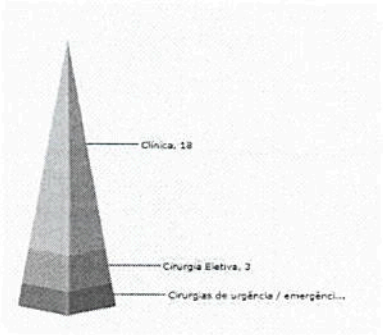
EVENTOS ADVERSOS	PLANO DE AÇÃO
Flebite – evento relacionado ao acesso venoso periférico	Treinamento com equipe, potencializando o olhar clínico e cuidado prestado na manutenção do cateter venoso.
Erro de medicação – evento relacionado ao erro na administração medicamentosa. Duplicidade na prescrição médica e falha na checagem acarretando a administração de insulina - dose errada. Ferido os 11 certos da medicação.	Orientação aos médicos prescritores e treinamento com a equipe de enfermagem quanto aos 11 certos da medicação. Garantia na assistência medicamentosa.

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

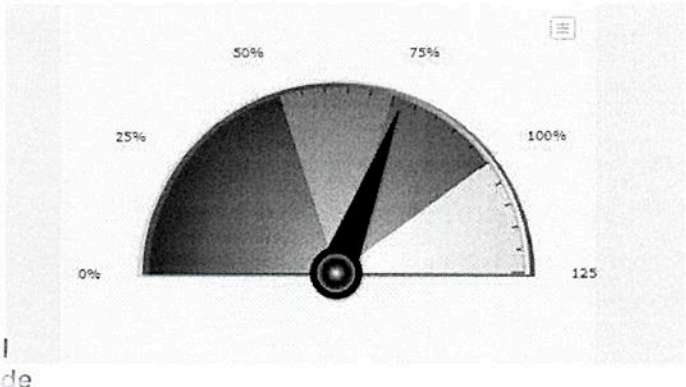
GRÁFICOS DO MÊS DE FEVEREIRO/2021

TIPOS E RAZÕES DE INTERNAÇÃO



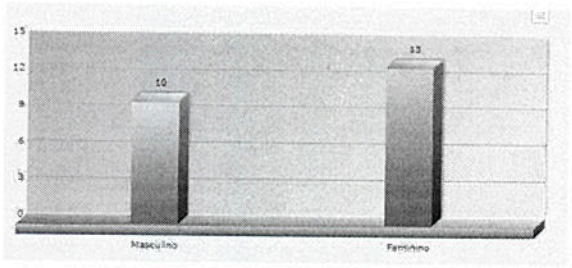
REINTERNAÇÕES NA UNIDADE

TAXA DE OCUPAÇÃO

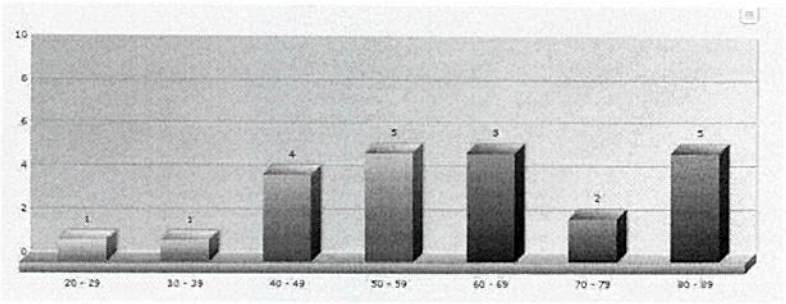


Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

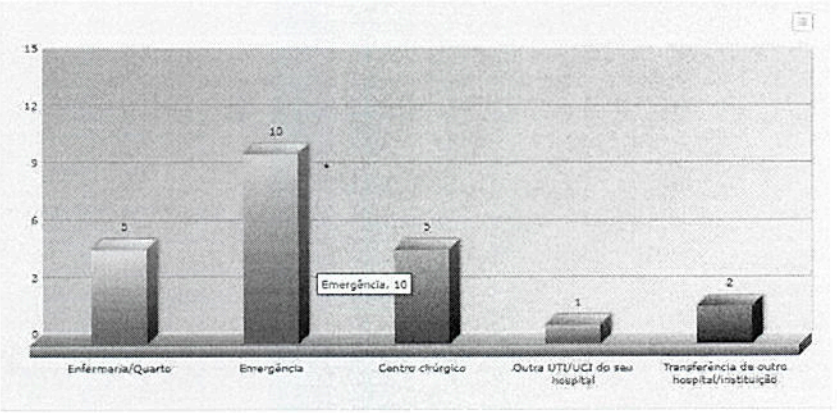
SEXO



FAIXA ETÁRIA



ORIGEM DA INTERNAÇÃO



Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

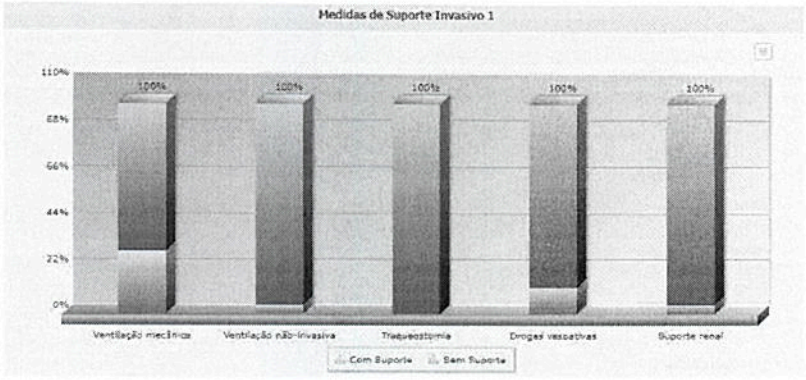
ESCORE SAPS 3

AHBB | REDE SANTA CASA

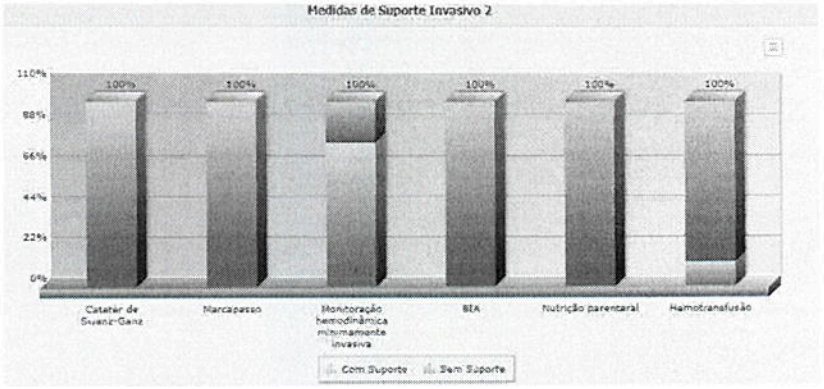
Tercis do SAPS 3

- Baixo 13,04%
- Intermediário 43,48%
- Alto 43,48%

MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



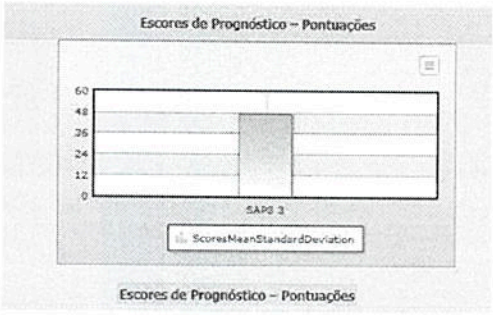
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPS: 050136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

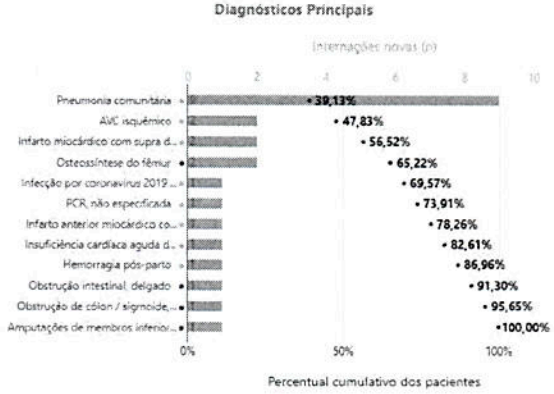
AHBB | REDE SANTA CASA

ESCORE DE PROGNÓSTICO



DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos principais



Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPE: 000196 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB | REDE SANTA CASA

Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, podem apresentar oscilações dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Cordialmente,

Gerente de Enfermagem

Convênio nº 00004/2021
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UPE: 000136 - Hospital Geral
"Prefeito Miguel Martins Gualda"
de Promissão
Tipo de Despesa: Custeio