PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRA

HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL – HMAA

JULHO 2024

Relatório Mensal Comparativo de Recursos Recebidos e Gastos				
NOME ORGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA			
CNPJ:	11.433.328/0001-18			
NOME ORGANIZAÇÃO SOCIAL CONTRATADA:	INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS			
CNPJ:	27.949.878/0002-05			
NOME UNIDADE GERIDA:	HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA			
CONTRATO DE GESTÃO E ADITIVO VIGENTE:	159/2018			
VIGÊNCIA DO CONTRATO DE GESTÃO:	13/09/2018 A 12/09/2026			
VALOR MENSAL DO CONTRATO	R$ 1.000.000,00			
RELATÓRIO FINANCEIRO JULHO DE 2024				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES/GLOSA/RESSARCIMENTO	**R$**	**199.338,23**		
Glosa Folha de Pagamento servidores cedidos	R$	142.384,01		
Glosa Araguaia Prev folha de pagamento servidores cedidos	R$	86.082,14		
Ressarcimento Impostos Sobre Piso Enfermagem 03 e 04/2024	R$	27.961,72		
Ressarcimento Coleta Lixo PSF	R$	1.166,20		
PREVISÃO DE REPASSE DO PERÍODO (valor contrato - glosa + ressarcimento)	**R$**	**800.661,77**		
TOTAL DE RECURSO FINANCEIRO DO PERÍODO	**R$**	**894.635,78**		
1 SALDO ANTERIOR	**R$**	**4.082,51**		
1.1 Saldo Anterior em Conta	**R$**	**4.082,51**		
2 ENTRADAS DE RECURSOS FINANCEIROS	**R$**	**890.553,27**		
2.1 Recurso Recebido	**R$**	**890.545,52**		
1° Repasse Ref 02/2024	R$	108.896,35	03/07/24	Transferência
2° Repasse Ref 02/2024	R$	150.000,00	10/07/24	Transferência
3° Repasse Ref 02/2024	R$	350.000,00	11/07/24	Transferência
Repasse Piso Enfermagem Ref 05/2024	R$	41.649,17	12/07/24	Transferência
4° Repasse Ref 02/2024	R$	160.000,00	17/07/24	Transferência
1° Repasse Ref 03/2024	R$	50.000,00	25/07/24	Transferência
2° Repasse Ref 03/2024	R$	30.000,00	26/07/24	Transferência
2.2 Aplicações Financeiras	**R$**	**7,75**		
SAÍDAS DE RECURSOS FINANCEIROS	**R$**	**867.972,42**		
1 Recursos Humanos	R$	577.838,60		
1.1 Salários Liquidos	R$	178.796,67		
REF 06/2024	R$	11.420,50	08/07/24	Transferência
REF 07/2024	R$	1.079,50	08/07/24	Transferência
REF 05/2024	R$	127.136,33	12/07/24	Transferência
REF 05/2024	R$	1.125,49	15/07/24	Transferência
Piso Enfermagem Ref 05/2024	R$	38.034,85	23/07/24	Transferência
1.2 Férias	R$	24.930,39		
Ariane Oliveira da Cunha	R$	2.594,25	18/07/24	Recibo
Brigida Maria Ferreira de Souza Rodrigues	R$	2.162,96	18/07/24	Recibo
Eyde de Souza Bezerra	R$	2.328,19	18/07/24	Recibo
Fabiola Felix Cardoso	R$	2.229,69	18/07/24	Recibo
Flaviane Aparecida Sousa Pereira	R$	2.476,44	18/07/24	Recibo
Francilene Mendes da Silva	R$	2.260,51	18/07/24	Recibo
Francisca Katia Bezerra de Araujo Figueiredo	R$	2.482,35	18/07/24	Recibo
Gisely Maia Santana	R$	2.808,42	18/07/24	Recibo
Rita Neves Azevedo	R$	2.260,51	18/07/24	Recibo
Rosilene Sales da Silva	R$	3.327,07	18/07/24	Recibo
1.3 Rescisões	R$	11.340,58		
Angelica Pedatella Miranda Sa	R$	7.596,46	18/07/24	Termo de Rescisão
Sanaeh Vale dos Reis	R$	3.744,12	18/07/24	Termo de Rescisão
1.4 FGTS	R$	-		
1.5 FGTS Rescisorio	R$	28.727,14		
Nayhara M Oliveira	R$	3.209,53	01/07/24	Guia
Adolfo Fernandes da Silva	R$	6.274,03	30/07/24	Guia
Eduardo Dias Nascimento	R$	7.085,27	30/07/24	Guia
Iris Raimundo de Borba Junior	R$	8.781,89	30/07/24	Guia
Kaiky Gabriel Aguiar Fonseca	R$	1.376,42	30/07/24	Guia
1.5 GPS	R$	-		
1.6 IRRF	R$	-		
1.7 PIS	R$	-		
1.8 Outras Formas de Contratação	R$	332.405,25		
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	10.000,00	05/07/24	NFSE 369 PARC 4 REF 12/2023
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	30.000,00	09/07/24	NFSE 397 PARC 1 REF 01/2024
Pro Ativa Care Servicos e Gestao Ltda	R$	15.500,00	10/07/24	NFSE 168 REF 04/2024
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	190.000,00	12/07/24	NFSE 397 PARC 2 REF 01/2024
RTC Clinica Medica Ltda	R$	6.000,00	18/07/24	NFSE 25 REF 06/2023
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	50.000,00	18/07/24	NFSE 397 PARC 3 REF 01/2024
Natanael Martins Coelho e Cia Ltda	R$	5.905,25	26/07/24	NFSE 1771 Ref 04/2023
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	20.000,00	26/07/24	ADIANTAMENTO

1.9 Acordos e Condenações Trabalhistas	R$	3.638,57		
Nayhara Mary de Oliveira PARC 2/4	R$	1.142,00	23/07/24	Ata
Renato Macedo Cr Parc 5/7	R$	2.496,57	24/07/24	Ata
2 Despesas Administrativas	R$	45.565,37		
2.1 Energia Elétrica	R$	-		
2.2 Saneamento	R$	-		
2.3 Telefonia	R$	500,82		
OI S.A	R$	34,83	26/07/24	REF 04/2024 3364-2027
OI S.A	R$	33,46	26/07/24	REF 04/2024 3977-7127
OI S.A	R$	35,43	26/07/24	REF 04/2024 3977-7122
OI S.A	R$	82,22	26/07/24	REF 05/2024 3364-2027
OI S.A	R$	58,97	26/07/24	REF 05/2024 3977-7127
OI S.A	R$	58,51	26/07/24	REF 05/2024 3977-7122
OI S.A	R$	80,90	26/07/24	REF 06/2024 3364-2027
OI S.A	R$	58,25	26/07/24	REF 06/2024 3977-7127
OI S.A	R$	58,25	26/07/24	REF 06/2024 3977-7122
2.4 Internet	R$	440,00		
S.D De Medeiros e Cia Ltda	R$	90,00	08/07/24	NFSC 000.130.120 Ref 06/2024
S.D De Medeiros e Cia Ltda	R$	90,00	08/07/24	NFSC 000.130.263 Ref 07/2024
S.D De Medeiros e Cia Ltda	R$	160,00	08/07/24	ND 22397 Ref 07/2024
S.D De Medeiros e Cia Ltda	R$	60,00	08/07/24	ND 22521 Ref 07/2024
NIC.BR - Anuidade E-mail	R$	40,00	02/07/24	Pix
2.5 Hospedagem/Despesas de Viagens	R$	6.260,35		
Fabiana Moreira Gomes Santos Silva	R$	400,00	12/07/24	Diarias 17/06 a 21/06
Karoline Franca dos Santos	R$	300,00	12/07/24	Diarias 17/06 a 21/06
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	200,00	18/07/24	Diarias 09/01 a 10/01/2024
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	200,00	18/07/24	Diarias 24/01 a 25/01/2024
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	200,00	18/07/24	Diarias 09/04 a 11/04/2024
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	547,44	18/07/24	Diaria 07/06/2024
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	547,44	18/07/24	Diarias 09/06 a 10/06/2024
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	647,44	18/07/24	Diarias 18/06 a 20/06/2024
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	747,44	18/07/24	Diarias 03/06 a 05/06/2024
Hotel São Miguel	R$	402,55	26/07/24	NFSE 11359 Ref 05/2024
Hotel São Miguel	R$	297,79	26/07/24	NFSE 11289 Ref 05/2024
Hotel São Miguel	R$	422,92	26/07/24	NFSE 11434 Ref 06/2024
Hotel São Miguel	R$	205,64	26/07/24	NFSE 11464 Ref 06/2024
Hotel São Miguel	R$	398,67	26/07/24	NFSE 11562 Ref 06/2024
Hotel São Miguel	R$	743,02	26/07/24	NFSE 11564 Ref 06/2024
2.6 Multas Processuais	R$	1.625,76		
Ministerio Publico do Trabalho	R$	812,88	02/07/24	Parcela 7/40
Ministerio Publico do Trabalho	R$	812,88	30/07/24	Parcela 8/40
2.7 Fundo Fixo	R$	-		
2.8 Rateio	R$	29.738,44		
Ref 12/2023	R$	29.738,44	18/07/24	Recibo
2.9 Materiais de Expediente	R$	7.000,00		
Josivan Tavares da Silva	R$	7.000,00	16/07/24	NF 120 Ref 07/2024
3 Despesas Operacionais	R$	78.136,57		
3.1 Medicamentos	R$	17.994,66		
C.A Hospitalar Eireli	R$	895,59	12/07/24	NF 52323 - NEGOC PARC 10/10
C.A Hospitalar Eireli	R$	142,74	12/07/24	NF 53344 - NEGOC PARC 10/10
C.A Hospitalar Eireli	R$	38,24	12/07/24	NF 53493 NEGOC PARC 10/10
C.A Hospitalar Eireli	R$	312,86	12/07/24	NF 53494 - NEGOC PARC 10/10
Supermedica Distrib Hospitalar Eireli	R$	2.006,50	19/07/24	NF 287823 Ref 07/2024
Medicamental Hospitalar Ltda	R$	1.488,35	19/07/24	NF 15623 Ref 07/2024
Hospdrogas Comercial Ltda	R$	6.085,60	22/07/24	NF 86102 Ref 07/2024
Hospdrogas Comercial Ltda	R$	2.826,24	22/07/24	NF 86298 Ref 07/2024
Maeve Produtos Hospitalares Ltda	R$	1.990,02	23/07/24	NF 34361 Ref 07/2024
Supermedica Distrib Hospitalar Eireli	R$	2.208,52	29/07/24	NF 288967 Ref 07/2024
3.2 Materias Hospitalares	R$	19.924,90		
C.A Hospitalar Eireli	R$	97,20	12/07/24	NF 53285 - NEGOC PARC 10/10
C.A Hospitalar Eireli	R$	498,04	12/07/24	NF 53286 - NEGOC PARC 10/10
Diagnostica Centro Oeste Prod Lab Ltda	R$	5.158,00	15/07/24	NF 16489 Ref 07/2024
Diagnostica Centro Oeste Prod Lab Ltda	R$	240,00	15/07/24	NF 16488 Ref 07/2024
Diagnostica Centro Oeste Prod Lab Ltda	R$	125,00	15/07/24	NF 2084 Ref 07/2024
Supermedica Distrib Hospitalar Eireli	R$	2.159,27	15/07/24	NF 287012 Ref 07/2024
Tiradentes Medico Hospitalar Ltda	R$	2.592,00	15/07/24	NF 151431 Ref 07/2024
Recmed	R$	698,50	19/07/24	NF 309880 Ref 07/2024
Supermedica Distrib Hospitalar Eireli	R$	1.359,72	19/07/24	NF 287824 Ref 07/2024
DMI Material Medico Hospitalar Ltda	R$	804,30	19/07/24	NF 96977 Ref 07/2024
Medcare Hospitalar Ltda	R$	1.983,67	19/07/24	NF 1757 Ref 07/2024
Hospdrogas Comercial Ltda	R$	4.209,20	22/07/24	NF 86132 Ref 07/2024
3.3 Gases Medicinais	R$	-		
3.4 EPI	R$	-		
3.5 Enxoval	R$	-		
3.6 Higienização e Limpeza	R$	-		
3.7 Lavanderia	R$	-		

3.8 Gêneros Alimentícios	R$	34.092,51		
Vandeir Alves Nogueira -ME	R$	2.118,60	12/07/24	NF 1200 Ref 01/2024
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	3.737,68	12/07/24	NF 232358 Ref 04/2024
Vandeir Alves Nogueira -ME	R$	2.111,94	12/07/24	NF 1266 Ref 03/2024
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	2.652,45	18/07/24	NF 232357 Ref 04/2024
Maria Odete F Faria Azevedo - ME-Casa de Carne Sta Maria	R$	4.646,00	18/07/24	NF 574 Ref 04/2024
Maria Odete F Faria Azevedo - ME-Casa de Carne Sta Maria	R$	4.158,00	18/07/24	NF 575 Ref 05/2024
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	2.606,76	18/07/24	NF 232439 Ref 05/2024
Rogerio dos Santos Roque ME'	R$	4.675,90	18/07/24	NF 1267 Ref 04/2024
Rogerio dos Santos Roque ME'	R$	4.343,10	18/07/24	NF 1268 Ref 05/2024
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	3.042,08	24/07/24	NF 232434 Ref 04/2024
3.9 GLP	R$	1.520,00		
J A De Sousa Comercio de Gas Ltda	R$	760,00	12/07/24	NF 005 Ref 05/2024
J A De Sousa Comercio de Gas Ltda	R$	760,00	12/07/24	NF 009 Ref 05/2024
3.10 Descartáveis	R$	2.824,50		
Reinaldo Pascualote Junior	R$	490,00	12/07/24	NF 796 Ref 03/2024
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	924,00	12/07/24	NF 232373 Ref 04/2024
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	1.410,50	24/07/24	NF 232431 Ref 06/2024
3.11 Peças e Acessórios Equipamentos Hospitalares	R$	-		
3.12 Manutenção Predial	R$	-		
3.13 Outros	R$	1.780,00		
Suprimais Suprimentos para Informatica Ltda	R$	1.780,00	16/07/24	NF 12014 Ref 07/2024
4 Prestação de Serviços Administrativos	R$	107.309,90		
4.1 Assessoria Administrativa	R$	16.000,00		
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	16.000,00	08/07/24	NFSE 137 Ref 06/2024
4.2 Assessoria Jurídica	R$	-		
4.3 Assessoria Contábil	R$	9.912,00		
MJS Goncalves Contabilidade Empresarial	R$	8.500,00	08/07/24	NFSE 352 Ref 11/2023
MJS Goncalves Contabilidade Empresarial	R$	1.412,00	18/07/24	NFSE 393 Piso Enfermagem 04/2024
4.4 Assessoria de Imprensa	R$	5.000,00		
Priscilla Pereira dos Santos Ltda	R$	5.000,00	12/07/24	NFSE 30 Ref 05/2024
4.5 Faturamento	R$	-		
4.6 Sistema de Gestão	R$	22.481,90		
Rede Laci Diagnosticos Ltda	R$	13.981,90	12/07/24	NFSE 238 Ref 06/2024
Promedico Gestor Hospitalar Ltda	R$	6.700,00	18/07/24	NFSE 419 Ref 05/2024
Huma Cotacoes e Compras Eletronicas Ltda	R$	1.800,00	18/07/24	NFSE 27507 Ref 07/2024
4.7 Gestão de Documentos e TI	R$	21.900,00		
Sivector Tecnologia da Informacao e Consultoria Eireli	R$	21.900,00	12/07/24	NFSE 219 Ref 10/2023
4.8 Assessoria Prestação de Contas	R$	-		
4.9 Controle Interno	R$	17.000,00		
Thais Cristina Bueno de Carvalho	R$	17.000,00	12/07/24	NFSE 64 Ref 03/2024
4.10 Segurança e Saúde do Trabalho	R$	15.016,00		
Planejar Serv Empresariais Eireli	R$	15.016,00	12/07/24	NFSE 563 Ref 09/2024
5 Prestação de Serviços Operacionais	R$	32.090,00		
5.1 Manutenção Predial	R$	-		
5.2 Serviço de Laboratorio	R$	-		
5.3 Locação Equipamentos	R$	12.280,00		
Rede Laci Diagnosticos Ltda	R$	12.280,00	12/07/24	Recibo Ref 06/2024
5.4 Manutenção de Gerador	R$	-		
5.5 Coleta de Lixo	R$	-		
5.6 Engenharia Clínica	R$	18.770,00		
Orbis Gestao de Tecnologia em Saude Ltda	R$	18.770,00	12/07/24	NFSE 491 Ref 07/2023
5.7 Assistencia Equipamentos	R$	1.040,00		
Ana Cristina Francisca da Silva	R$	1.040,00	24/07/24	NFSE 25 Ref 07/2024
5.8 Manutenção Ar Condicionado	R$	-		
6 Frota	R$	17.086,48		
6.1 Serviços de Manutenção Veicular	R$	601,40		
Fernando Junio Silva dos Santos	R$	601,40	20/07/24	NFSE 413 Ref 07/2024
6.2 Materiais de Manutenção Veicular	R$	2.980,00		
Carmo e Ribeiro Ltda	R$	2.980,00	18/07/24	NF 1055 Ref 05/2024
6.3 Combustível	R$	13.505,08		
Ticket Solucoes	R$	5.000,00	03/07/24	NFSE 47479248
Ticket Solucoes	R$	2.699,90	16/07/24	NFSE 47568124
Vb Serviços Comercio e Administracao ltda	R$	805,18	16/07/24	NFSE 03513253
Ticket Solucoes	R$	1.000,00	24/07/24	NFSE 47627916
Ticket Solucoes	R$	4.000,00	25/07/24	NFSE 47636357
7 Taxas/Certificados/Seguros	R$	1.147,98		
7.1 Taxas Bancárias	R$	1.147,98		
Taxas Bancárias				
7.2 Taxas Alvarás	R$	-		

8 Impostos S/ NF	R$	8.797,52		
Parc Impostos Federais Parc 10/39	R$	8.797,52	12/07/24	Recibo
9 Material Permanente	R$	-		
SALDO	**R$**	**26.663,36**	**31/07/24**	

São Miguel do Araguaia-GO, 10 de Agosto de 2024.

MARIA APARECIDA TAVARES PINTO E SILVA:39697452172

Assinado de forma digital por MARIA APARECIDA TAVARES PINTO E SILVA:39697452172
Dados: 2024.09.11 11:22:18 -03'00'

Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA
Instituto Alcance Gestão em Saúde - IAGS
Maria Aparecida Tavares Pinto e Silva
Diretora Financeira

Ofício/SMS n° 358/2024

São Miguel do Araguaia, 23 de agosto de 2024.

À Excelentíssima Senhora
Azaíde Donizetti Borges Martins
Prefeita de São Miguel do Araguaia

Ref: **Aplicação de glosa referente ao 70° repasse do CG n° 159/2018.**

A par de nossos cordiais cumprimentos, sirvo-me deste para encaminhar a V. Sª., planilha com itens para aplicação de glosa sobre o 70° repasse previstos no Contrato de Gestão n° 159/2018, referente a JULHO do corrente ano.

PARCELA	VALOR GLOSA	DISCRIMINAÇÃO	ANEXO
68	R$ 158.239,59	Folha pagamento e contribuição de servidores públicos cedidos e 13° salário	I - Relação com nome, cargo e valor de remuneração bruta.
68	R$ 86.082,14	Contribuição patronal ARAGUAIA PREV sobre salários e 13° salário	II - 57,20% Patronal Prefeitura - Araguaia PREV

Fica informado o valor de **R$ 244.321,73 (duzentos quarenta quatro mil, trezentos e vinte um reais e setenta e três centavos)** a ser glosado do 70° repasse do CG n° 159/2018.

Vale frisar, que o valor de **R$ 44.983,50 (quarenta e quatro mil, novecentos oitenta e três reais e cinquenta centavos)** glosado, é referente a gozo de férias e licença prêmio/saúde dos servidores abaixo citados. **Valor este, que deve ser ressarcido ao INSTITUTO ALCANCE, como segue:**

	SERVIDOR	EVENTOS	PERÍODO AQUISITIVO	PROP.	VALOR GLOSADO
01	Eliane Costa Carvalho	Piso Salarial	06/2024		R$ 574,09
02	Keila Pires Sobrinho	Piso Salarial	06/2024		R$ 525,13
03	Luciene Coelho de Souza	Piso Salarial	06/2024		R$ 525,13
04	Maria Jose Pereira V. Sales	Piso Salarial	06/2024		R$ 669,18
05	Neusair Rabelo de Almeida	Piso Salarial	06/2024		R$ 574,09
06	Simone Arruda dos Santos	Piso Salarial	06/2024		R$ 525,13
07	Simone Ferreira de S Moreira	Piso Salarial	06/2024		R$ 525,13
08	Lucilene Coelho de Souza	Licença Premio	1/3 EM 05/2024		R$ 5.968,85

09	Lucilene Coelho de Souza	Licença Premio	2/3 EM 06/2024		R$ 5.968,85
10	Coleta Lixo PSF	NF 9988	05/2024		R$ 1.166,20
11	Impostos Sobre Complemento Piso Enfermagem		03/2024		R$ 13.980,86
12	Complemento Piso Enfermagem		04/2024		R$ 13.980,86
				TOTAL	**R$ 44.983,50**

Restando a ser repassado para fechamento do 70° repasse, ref. JULHO/2024, o saldo de R$ 800.661,77 (oitocentos mil, seiscentos sessenta e um reais e setenta e sete centavos).

Isso posto, solicito o repasse imediato do valor acima citado.

Sendo o que se apresenta, subscrevo-me.

Respeitosamente,

Kátyê Lopes Barbosa

Decreto N° 185/2024

1. RECURSOS HUMANOS

FOLHA REF 06/2024

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 17.876.300-4

FAVORECIDO: JOAO PAULO BORGES
CPF/CNPJ: 017.958.231-35
VALOR: R$ 5.000,00
DEBITO EM: 08/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070807
AUTENTICACAO SISBB: C.71F.669.6AB.AA3.497

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Junho/2024
Adm: 02/01/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

137 JOAO PAULO BORGES (COORDENADOR(A) SUPRI) - CPF: 017.958.231-35

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	5.000,00	
10011	GRATIFICACAO		1.000,00	
19998	INSS	10.98 %		658,81
19999	IRRF	27.5 %		520,69
20048	OUTROS DESCONTOS			900,00
			6.000,00	2.079,50
			Liquido.....:	3.920,50

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
5.000,00	6.000,00	6.000,00	480,00	5.151,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Junho/2024
Adm: 02/01/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

137 JOAO PAULO BORGES (COORDENADOR(A) SUPRI) - CPF: 017.958.231-35

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	5.000,00	
10011	GRATIFICACAO		1.000,00	
19998	INSS	10.98 %		658,81
19999	IRRF	27.5 %		520,69
20048	OUTROS DESCONTOS			900,00
			6.000,00	2.079,50
			Liquido.....:	3.920,50

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
5.000,00	6.000,00	6.000,00	480,00	5.151,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

08/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 16:31:48
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 08/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.022.880
VALOR TOTAL 7.500,00

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSELITO CARVALHO DOS REI
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 22.880-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 8.02C.ECA.694.B3E.D31

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Junho/2024
Adm: 01/10/2020
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

78 JOSELITO CARVALHO DOS REIS (DIRETOR(A) GERAL) - CPF: 336.963.301-91

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	10.024,76	
10005	TRIENIO	1	300,74	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	11.67 %		908,85
19999	IRRF	27.5 %		1.771,29
			10.608,10	2.680,14
			Líquido.....:	7.927,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
10.024,76	7.786,02	10.608,10	848,64	9.699,25

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/__ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Junho/2024
Adm: 01/10/2020
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

78 JOSELITO CARVALHO DOS REIS (DIRETOR(A) GERAL) - CPF: 336.963.301-91

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	10.024,76	
10005	TRIENIO	1	300,74	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	11.67 %		908,85
19999	IRRF	27.5 %		1.771,29
			10.608,10	2.680,14
			Líquido.....:	7.927,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
10.024,76	7.786,02	10.608,10	848,64	9.699,25

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/__ Data

_____ Assinatura

FOLHA REF 05/2024

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:59:57
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 170.757.510.012.740
VALOR TOTAL 1.710,12
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADELIA DE SOUZA SILVA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 510.012.740-2
VARIACAO DA POUPANCA 51
NR. DOCUMENTO 173.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO F.328.42A.456.B02.0EE

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 27/02/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

138 ADELIA DE SOUZA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 007.612.421-55

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7.85 %		145,85
			1.855,97	145,85
			Liquido.....:	1.710,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.855,97	1.855,97	148,47	1.710,12

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 27/02/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

138 ADELIA DE SOUZA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 007.612.421-55

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7.85 %		145,85
			1.855,97	145,85
			Liquido.....:	1.710,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.855,97	1.855,97	148,47	1.710,12

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 4.104-1

FAVORECIDO: ADOLFO FERNANDES DA SILVA
CPF/CNPJ: 034.524.381-12
VALOR: R$ 2.156,38
DEBITO EM: 12/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071201
AUTENTICACAO SISBB: 1.0C1.04B.F36.F8C.990

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024 — Adm: 01/10/2018
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

2 ADOLFO FERNANDES DA SILVA (PORTEIRO(A)) - CPF: 034.524.381-12

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10006	QUINQUENIO	1	81,61	
10011	GRATIFICACAO		350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.09 %		189,99
			2.346,37	189,99
			Líquido.....:	2.156,38

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	2.346,37	2.346,37	187,70	1.781,57

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024 — Adm: 01/10/2018
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

2 ADOLFO FERNANDES DA SILVA (PORTEIRO(A)) - CPF: 034.524.381-12

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10006	QUINQUENIO	1	81,61	
10011	GRATIFICACAO		350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.09 %		189,99
			2.346,37	189,99
			Líquido.....:	2.156,38

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	2.346,37	2.346,37	187,70	1.781,57

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO
CPF: 016.878.291-01
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.823-0
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.756,01

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.35A.F3C.9D0.765.10E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/03/2021

84 ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 016.878.291-01

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10005	TRIENIO	1	42,36	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	169,44	
19998	INSS	7.88 %		150,39
			1.906,40	150,39
			Liquido.....:	1.756,01

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.906,40	1.906,40	152,51	1.341,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/03/2021

84 ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 016.878.291-01

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10005	TRIENIO	1	42,36	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	169,44	
19998	INSS	7.88 %		150,39
			1.906,40	150,39
			Liquido.....:	1.756,01

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.906,40	1.906,40	152,51	1.341,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ANA BEATRIZ ALVES DA SILVA
CPF: 626.452.633-99
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.455-9
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.042,84

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: E.252.C09.ACA.C02.4F6

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2022

118 ANA BEATRIZ ALVES DA SILVA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 626.452.633-99

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.04 %		178,76
			2.221,60	178,76
			Liquido.....:	2.042,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.221,60	2.221,60	177,72	1.656,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2022

118 ANA BEATRIZ ALVES DA SILVA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 626.452.633-99

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.04 %		178,76
			2.221,60	178,76
			Liquido.....:	2.042,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.221,60	2.221,60	177,72	1.656,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ANA CLARA VIANA DANTAS PINTO
CPF: 704.274.391-16
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.456-7
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.713,97

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.494.D17.BA0.14E.8C4

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: NUTRIÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 13/03/2023

122 ANA CLARA VIANA DANTAS PINTO (NUTRICIONISTA) - CPF: 704.274.391-16

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.200,00	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.6 %		256,73
19999	IRRF	7.5 %		11,90
			2.982,60	268,63
			Líquido.....:	2.713,97

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.200,00	2.982,60	2.982,60	238,60	2.417,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

_____ Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: NUTRIÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 13/03/2023

122 ANA CLARA VIANA DANTAS PINTO (NUTRICIONISTA) - CPF: 704.274.391-16

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.200,00	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.6 %		256,73
19999	IRRF	7.5 %		11,90
			2.982,60	268,63
			Líquido.....:	2.713,97

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.200,00	2.982,60	2.982,60	238,60	2.417,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

_____ Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ANA ELISA MATIOLI DA SILVA
CPF: 008.492.582-51
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.037-5
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 3.332,15

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.AC2.877.201.FD8.F80

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 11/02/2019
Departamento: SERVIÇO SOCIAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

45 ANA ELISA MATIOLI DA SILVA (ASSISTENTE SOCIAL) - CPF: 008.492.582-51

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
10006	QUINQUENIO	1	105,00	
10011	GRATIFICACAO		1.300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	9.32 %		353,30
19999	IRRF	15.0 %		101,95
			3.787,40	455,25
			Líquido.....:	3.332,15

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	3.787,40	3.787,40	302,99	3.222,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 11/02/2019
Departamento: SERVIÇO SOCIAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

45 ANA ELISA MATIOLI DA SILVA (ASSISTENTE SOCIAL) - CPF: 008.492.582-51

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
10006	QUINQUENIO	1	105,00	
10011	GRATIFICACAO		1.300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	9.32 %		353,30
19999	IRRF	15.0 %		101,95
			3.787,40	455,25
			Líquido.....:	3.332,15

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	3.787,40	3.787,40	302,99	3.222,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.33
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0711-0 - RIO LARGO
CONTA: 737.704.813-2

FAVORECIDO: ANA KALINE VIANA DA SILVA
CPF/CNPJ: 127.531.204-71
VALOR: R$ 1.493,13
DEBITO EM: 12/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071215
AUTENTICACAO SISBB: 9.0DC.B31.615.345.0C8

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 14/03/2024

140 ANA KALINE VIANA DA SILVA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 127.531.204-71

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.413,00	
10081	SALARIO FAMILIA	3	186,12	
19998	INSS	7.5 %		105,99
			1.599,12	105,99
			Liquido.....:	1.493,13

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.413,00	1.413,00	113,04	924,36

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 14/03/2024

140 ANA KALINE VIANA DA SILVA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 127.531.204-71

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.413,00	
10081	SALARIO FAMILIA	3	186,12	
19998	INSS	7.5 %		105,99
			1.599,12	105,99
			Liquido.....:	1.493,13

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.413,00	1.413,00	113,04	924,36

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA
CPF: 064.956.751-00
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.825-7
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.954,73

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.B8F.B2F.937.AAE.271

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/08/2019

49 ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 064.956.751-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10005	TRIENIO	1	43,17	
10011	GRATIFICACAO		360,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.0 %		170,04
			2.124,77	170,04
			Liquido.....:	1.954,73

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.124,77	2.124,77	169,98	1.559,97

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/08/2019

49 ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 064.956.751-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10005	TRIENIO	1	43,17	
10011	GRATIFICACAO		360,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.0 %		170,04
			2.124,77	170,04
			Liquido.....:	1.954,73

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.124,77	2.124,77	169,98	1.559,97

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:59:58
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.024.031
VALOR TOTAL 2.009,94
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ATOS A G MELO
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 24.031-1
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 7.486.5BE.5A4.4FB.BEB

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 03/04/2024

144 ATOS AUGUSTO GONÇALVES MELO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 042.065.381-31

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7.85 %		145,83
			2.155,77	145,83
			Líquido.....:	2.009,94

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.855,77	1.855,77	148,46	1.290,97

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 03/04/2024

144 ATOS AUGUSTO GONÇALVES MELO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 042.065.381-31

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7.85 %		145,83
			2.155,77	145,83
			Líquido.....:	2.009,94

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.855,77	1.855,77	148,46	1.290,97

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:59:58
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA	12/07/2024
NR. DOCUMENTO	552.738.000.049.573
VALOR TOTAL	2.527,91

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BEATRIZ ALEXANDRES
AGENCIA: 2738-3 CONTA: 49.573-5

NR. DOCUMENTO	553.648.000.043.826
NR.AUTENTICACAO	B.435.B09.84A.DD4.C2C

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 28/03/2024
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

141 BEATRIZ SILVA ALEXANDRES (SECRETARIO(A)) - CPF: 703.969.451-47

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	8.36 %		232,70
19999	IRRF	7.5 %		21,79
			2.782,40	254,49
			Liquido.....:	2.527,91

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.500,00	2.782,40	2.782,40	222,59	2.549,70

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 28/03/2024
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

141 BEATRIZ SILVA ALEXANDRES (SECRETARIO(A)) - CPF: 703.969.451-47

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	8.36 %		232,70
19999	IRRF	7.5 %		21,79
			2.782,40	254,49
			Liquido.....:	2.527,91

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.500,00	2.782,40	2.782,40	222,59	2.549,70

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 18.427-6

FAVORECIDO: BIANCA GABAY DA SILVA
CPF/CNPJ: 923.434.572-04
VALOR: R$ 1.133,53
DEBITO EM: 12/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071213
AUTENTICACAO SISBB: 4.A99.09F.E9F.E34.256

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 23/05/2024
Departamento: LIMPEZA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

150 BIANCA GABAY DA SILVA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 923.434.572-04

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	9 Dias	423,90	
10011	GRATIFICACAO		780,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	14	21,53	
19998	INSS	7.5 %		91,90
			1.225,43	91,90
			Liquido.....:	1.133,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.225,43	1.225,43	98,03	660,63

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 23/05/2024
Departamento: LIMPEZA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

150 BIANCA GABAY DA SILVA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 923.434.572-04

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	9 Dias	423,90	
10011	GRATIFICACAO		780,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	14	21,53	
19998	INSS	7.5 %		91,90
			1.225,43	91,90
			Liquido.....:	1.133,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.225,43	1.225,43	98,03	660,63

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:37
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZ
CPF: 921.939.431-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.826-5
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.627,52

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 5.5B9.2F3.5F7.50D.597

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

4 BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZA RODRIGUE (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 921.939.431-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.79 %		137,68
			1.765,20	137,68
			Liquido.....:	1.627,52

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.765,20	1.765,20	141,21	1.200,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__
Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

4 BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZA RODRIGUE (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 921.939.431-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.79 %		137,68
			1.765,20	137,68
			Liquido.....:	1.627,52

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.765,20	1.765,20	141,21	1.200,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: CAMILA SILVA MOREIRA
CPF: 052.561.301-37
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.827-3
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.625,31

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.837.923.BFC.D3F.4C0

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/07/2021

93 CAMILA SILVA MOREIRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 052.561.301-37

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10081	SALARIO FAMILIA	1	62,04	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.74 %		131,33
			1.756,64	131,33
			Líquido.....:	1.625,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.191,84

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/07/2021

93 CAMILA SILVA MOREIRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 052.561.301-37

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10081	SALARIO FAMILIA	1	62,04	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.74 %		131,33
			1.756,64	131,33
			Líquido.....:	1.625,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.191,84

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA
CPF: 021.215.081-20
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.457-5
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.832,44

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.0AF.5F3.B26.05B.0A0

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 25/11/2022

116 CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 021.215.081-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	180,00	
19998	INSS	8.75 %		273,40
19999	IRRF	7.5 %		15,74
			3.121,58	289,14
			Liquido.....:	2.832,44

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.121,58	3.121,58	249,72	2.469,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 25/11/2022

116 CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 021.215.081-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	180,00	
19998	INSS	8.75 %		273,40
19999	IRRF	7.5 %		15,74
			3.121,58	289,14
			Liquido.....:	2.832,44

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.121,58	3.121,58	249,72	2.469,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 3643-9 - MOZARLANDIA
CONTA: 784.647.128-8

FAVORECIDO: CLEUSILENE BADIA DA SILVA
CPF/CNPJ: 016.774.441-00
VALOR: R$ 664,52
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071212
AUTENTICACAO SISBB: B.A6E.0BB.9BB.183.D40

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: COZINHA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 28/05/2024

151 CLEUSILENE BADIA DA SILVA (AUXILIAR DE COZINHA) - CPF: 016.774.441-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	4 Dias	188,40	
10011	GRATIFICACAO		530,00	
19998	INSS	7.5 %		53,88
			718,40	53,88
			Liquido.....:	664,52

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	718,40	718,40	57,47	153,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: COZINHA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 28/05/2024

151 CLEUSILENE BADIA DA SILVA (AUXILIAR DE COZINHA) - CPF: 016.774.441-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	4 Dias	188,40	
10011	GRATIFICACAO		530,00	
19998	INSS	7.5 %		53,88
			718,40	53,88
			Liquido.....:	664,52

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	718,40	718,40	57,47	153,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: DANIEL ERICK DE LIMA AMANCIO
CPF: 045.848.761-93
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.830-3
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.913,28

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.539.B97.AFE.7B2.737

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 18/02/2020

57 DANIEL ERICK DE LIMA AMANCIO (RECEPCIONISTA) - CPF: 045.848.761-93

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10005	TRIENIO	1	43,17	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	164,46	
19998	INSS	7.98 %		165,95
			2.079,23	165,95
			Liquido.....:	1.913,28

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.079,23	2.079,23	166,33	1.514,43

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 18/02/2020

57 DANIEL ERICK DE LIMA AMANCIO (RECEPCIONISTA) - CPF: 045.848.761-93

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10005	TRIENIO	1	43,17	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	164,46	
19998	INSS	7.98 %		165,95
			2.079,23	165,95
			Liquido.....:	1.913,28

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.079,23	2.079,23	166,33	1.514,43

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.876/0002-05

FAVORECIDO: DIESSYCA JORDANY SOUSA SILVA
CPF: 049.446.851-30
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.850-8
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.989,82

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.42F.CD1.9D4.181.668

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIXIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 11/07/2020

69 DIESSYCA JORDANY SOUZA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 049.446.851-30

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	303,91	
19998	INSS	8.95 %		297,85
19999	IRRF	7.5 %		37,60
			3.325,27	335,45
			Liquido.....:	2.989,82

Salario Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.325,27	3.325,27	266,02	2.760,47

DECLADO TEP RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIXIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 11/07/2020

69 DIESSYCA JORDANY SOUZA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 049.446.851-30

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	303,91	
19998	INSS	8.95 %		297,85
19999	IRRF	7.5 %		37,60
			3.325,27	335,45
			Liquido.....:	2.989,82

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.325,27	3.325,27	266,02	2.760,47

DECLADO TEP RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.876/0002-05

FAVORECIDO: DIOGO PIRES NEVES
CPF: 026.784.271-61
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 12.609-8
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 3.439,95

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.319.BD9.DBA.BBD.24A

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 05/12/2022

119 DIOGO PIRES NEVES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 026.784.271-61

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	750,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8,56 %		251,83
			3.691,78	251,83
			Liquido.....:	3.439,95

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.941,78	2.941,78	235,34	2.376,98

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 05/12/2022

119 DIOGO PIRES NEVES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 026.784.271-61

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	750,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8,56 %		251,83
			3.691,78	251,83
			Liquido.....:	3.439,95

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.941,78	2.941,78	235,34	2.376,98

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: EDUARDO DIAS NASCIMENTO
CPF: 011.423.811-10
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARACUAIA GO
CONTA: 22.851-6
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.745,18

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.AC9.961.R4E.1B4.BC1

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 04/08/2020

76 EDUARDO DIAS NASCIMENTO (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 011.423.811-10

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	8.65 %		261,38
19999	IRRF	7.5 %		14,80
			3.021,36	276,18
			Liquido.....:	2.745,18

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.021,36	3.021,36	241,70	2.456,56

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

/ / Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 04/08/2020

76 EDUARDO DIAS NASCIMENTO (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 011.423.811-10

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	8.65 %		261,38
19999	IRRF	7.5 %		14,80
			3.021,36	276,18
			Liquido.....:	2.745,18

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.021,36	3.021,36	241,70	2.456,56

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

/ / Assinatura

/ / Data

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:59:58
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.024.001
VALOR TOTAL 684,63

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EMILLY V M SANTOS
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 24.001-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO C.444.0CB.EEA.665.523

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE RMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 06/03/2024

139 EMILLY VITORIA MORAIS SANTOS (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 711.634.081-58

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
10081	SALARIO FAMILIA	2	124,08	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	32,30	
10031	FALTAS	27.0		1.271,70
19998	INSS	7.5 %		45,45
			2.001,78	1.317,15
			Liquido.....:	684,63

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	606,00	606,00	48,48	165,28

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE RMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 06/03/2024

139 EMILLY VITORIA MORAIS SANTOS (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 711.634.081-58

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
10081	SALARIO FAMILIA	2	124,08	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	32,30	
10031	FALTAS	27.0		1.271,70
19998	INSS	7.5 %		45,45
			2.001,78	1.317,15
			Liquido.....:	684,63

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	606,00	606,00	48,48	165,28

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: EYDE DE SOUZA BEZERRA
CPF: 051.058.885-96
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.853-2
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 44,12

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.B2C.EE7.4DE.187.BFB

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 16/06/2020

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 051.058.885-96

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,07	
10005	TRIENIO	1	1,41	
19998	INSS	8,99 %		4,36
			48,48	4,36
			Liquido.....:	44,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	48,48	48,48	3,87	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 16/06/2020

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 051.058.885-96

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,07	
10005	TRIENIO	1	1,41	
19998	INSS	8,99 %		4,36
			48,48	4,36
			Liquido.....:	44,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	48,48	48,48	3,87	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FABIOLA FELIX CARDOSO
CPF: 020.642.261-09
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.251-7
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.127,62

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.C77.4B3.A20.BB5.671

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

8 FABIOLA FELIX CARDOSO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 020.642.261-09

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	400,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	110,00	
19998	INSS	7.87 %		147,58
			2.275,20	147,58
			Liquido.....:	2.127,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.875,20	1.875,20	150,01	1.310,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

8 FABIOLA FELIX CARDOSO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 020.642.261-09

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	400,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	110,00	
19998	INSS	7.87 %		147,58
			2.275,20	147,58
			Liquido.....:	2.127,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.875,20	1.875,20	150,01	1.310,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 47.831.470-5

FAVORECIDO: FERNANDA ALVES ARRUDA
CPF/CNPJ: 711.806.781-41
VALOR: R$ 1.724,16
DEBITO EM: 12/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071202
AUTENTICACAO SISBB: 2.1C1.B2C.013.EC0.ABA

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 28/03/2024

143 FERNANDA ALVES ARRUDA (RECEPCIONISTA) - CPF: 711.806.781-41

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	7.86 %		147,24
			1.871,40	147,24
			Liquido.....:	1.724,16

Salario Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,40	1.871,40	149,71	1.306,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ /
Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 28/03/2024

143 FERNANDA ALVES ARRUDA (RECEPCIONISTA) - CPF: 711.806.781-41

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	7.86 %		147,24
			1.871,40	147,24
			Liquido.....:	1.724,16

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,40	1.871,40	149,71	1.306,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ /
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:37
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FERNANDO COSTA FERNANDES
CPF: 872.947.881-20
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.854-0
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.787,99

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: F.4A6.99C.338.430.A07

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

9 FERNANDO COSTA FERNANDES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 872.947.881-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10006	QUINQUENIO	1	132,96	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19990	INSS	8.7 %		267,76
19999	IRRF	7.5 %		18,79
			3.074,54	286,55
			Liquido.....:	2.787,99

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.074,54	3.074,54	245,96	2.509,74

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

9 FERNANDO COSTA FERNANDES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 872.947.881-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10006	QUINQUENIO	1	132,96	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19990	INSS	8.7 %		267,76
19999	IRRF	7.5 %		18,79
			3.074,54	286,55
			Liquido.....:	2.787,99

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.074,54	3.074,54	245,96	2.509,74

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FLAVIANE APARECIDA SOUSA PEREI
CPF: 060.360.011-50
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.855-9
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 42,69

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.CCC.BC6.295.838.4AC

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-Z19

Maio/2024

Adm: 17/06/2020

Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

65 FLAVIANE APARECIDA SOUSA PEREIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 060.360.011-50

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,10	
10005	TRIENIO	1	1,41	
19998	INSS	11.99 %		5,82
			48,51	5,82
			Liquido.....:	42,69

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	48,51	48,51	3,88	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-Z19

Maio/2024

Adm: 17/06/2020

Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

65 FLAVIANE APARECIDA SOUSA PEREIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 060.360.011-50

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,10	
10005	TRIENIO	1	1,41	
19998	INSS	11.99 %		5,82
			48,51	5,82
			Liquido.....:	42,69

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	48,51	48,51	3,88	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FRANCILENE MENDES DA SILVA
CPF: 051.135.891-10
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.585-0
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 42,86

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.1DB.8FB.771.D7F.712

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 04/05/2022
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

109 FRANCILENE MENDES DA SILVA (COZINHEIRO(A)) - CPF: 051.135.891-10

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,10	
19999	INSS	9,0 %		4,24
			47,10	4,24
			Liquido.....:	42,86

Salario Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	47,10	47,10	3,76	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 04/05/2022
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

109 FRANCILENE MENDES DA SILVA (COZINHEIRO(A)) - CPF: 051.135.891-10

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,10	
19999	INSS	9,0 %		4,24
			47,10	4,24
			Liquido.....:	42,86

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	47,10	47,10	3,76	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARA
CPF: 019.531.221-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.856-7
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.774,36

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.E28.494.918.F6B.368

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024

Adm: 01/10/2018

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

10 FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARAUJO FIGUEI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 019.531.221-08

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7,9 %		152,21
			1.926,57	152,21
			Liquido.....:	1.774,36

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.926,57	1.926,57	154,12	1.361,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024

Adm: 01/10/2018

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

10 FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARAUJO FIGUEI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 019.531.221-08

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7,9 %		152,21
			1.926,57	152,21
			Liquido.....:	1.774,36

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.926,57	1.926,57	154,12	1.361,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:41:10
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.022.875
VALOR TOTAL 2.117,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: GISELLY MAIA SANTANA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 22.875-3
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 2.23F.443.C2E.B61.535

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-Z19

Maio/2024

Adm: 07/02/2019

Departamento: ULTRASSONOGRAFIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

41 GISELLY MAIA SANTANA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 022.706.911-05

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	29 Dias	2.303,18	
19998	INSS	8,08 %		186,10
			2.303,18	186,10
			Liquido.....:	2.117,08

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.303,18	2.303,18	184,25	2.117,08

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-Z19

Maio/2024

Adm: 07/02/2019

Departamento: ULTRASSONOGRAFIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

41 GISELLY MAIA SANTANA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 022.706.911-05

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	29 Dias	2.303,18	
19998	INSS	8,08 %		186,10
			2.303,18	186,10
			Liquido.....:	2.117,08

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.303,18	2.303,18	184,25	2.117,08

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: GISELLY MAIA SANTANA
CPF: 022.706.911-05
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.875-3
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 95,55

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.133.0CB.6F9.A71.D21

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 07/02/2019
Departamento: ULTRASSONOGRAFIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

41 GISELLY MAIA SANTANA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 022.706.911-05

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	2 Dias	100,00	
10006	QUINQUENIO	1	5,00	
19998	INSS	9.0 %		9,45
			105,00	9,45
			Liquido.....:	95,55

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	105,00	105,00	8,39	1.843,38

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 07/02/2019
Departamento: ULTRASSONOGRAFIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

41 GISELLY MAIA SANTANA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 022.706.911-05

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	2 Dias	100,00	
10006	QUINQUENIO	1	5,00	
19998	INSS	9.0 %		9,45
			105,00	9,45
			Liquido.....:	95,55

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	105,00	105,00	8,39	1.843,38

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:37
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: IRIS RAIMUNDO DE BORBA JUNIOR
CPF: 880.890.611-68
AGENCIA: 0757-9 SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.212-2
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.552,10

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.0F6.216.584.22B.BDA

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: FARMACIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

13 TRIS RAIMUNDO DE BORBA JUNIOR (FARMACEUTICO(A)) - CPF: 880.890.611-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
10006	QUINQUENIO	1	105,00	
10011	GRATIFICACAO		250,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.3 %		227,30
			2.779,40	227,30
			Liquido.....:	2.552,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.737,40	2.737,40	218,99	2.172,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ /
Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: FARMACIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

13 TRIS RAIMUNDO DE BORBA JUNIOR (FARMACEUTICO(A)) - CPF: 880.890.611-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
10006	QUINQUENIO	1	105,00	
10011	GRATIFICACAO		250,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.3 %		227,30
			2.779,40	227,30
			Liquido.....:	2.552,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.737,40	2.737,40	218,99	2.172,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ /
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JACIARA DA SILVA DIAS
CPF: 001.429.191-60
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA OO
CONTA: 21.458-3
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.738,87

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.31C.50F.041.048.7FF

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.549.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/04/2020

60 JACIARA DA SILVA DIAS (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 001.429.191-60

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10005	TRIENIO	1	42,36	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	150,61	
19998	INSS	7.87 %		148,70
			1.887,57	148,70
			Liquido.....:	1.738,87

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.887,57	1.887,57	151,00	1.322,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.549.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/04/2020

60 JACIARA DA SILVA DIAS (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 001.429.191-60

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10005	TRIENIO	1	42,36	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	150,61	
19998	INSS	7.87 %		148,70
			1.887,57	148,70
			Liquido.....:	1.738,87

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.887,57	1.887,57	151,00	1.322,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JAKELINE GONCALVES MARIANO SIL
CPF: 705.553.711-82
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 19.158-2
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 3.189,78

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: E.AE4.C0D.89D.63E.4B4

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 13/04/2022

107 JAKELINE GONÇALVES MARIANO SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 705.553.711-82

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	8.56 %		251,80
			3.441,58	251,80
			Liquido.....:	3.189,78

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.941,58	2.941,58	235,32	2.376,78

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 13/04/2022

107 JAKELINE GONÇALVES MARIANO SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 705.553.711-82

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	8.56 %		251,80
			3.441,58	251,80
			Liquido.....:	3.189,78

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.941,58	2.941,58	235,32	2.376,78

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JORDANA ABREU MEIRELES
CPF: 048.602.231-52
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.036-7
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.902,12

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.5CC.00A.040.C3C.FBA

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 14/02/2020

56 JORDANA ABREU MEIRELES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.602.231-52

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	25 Dias	1.176,67	
10005	TRIENIO	1	42,36	
10141	LICENÇA MEDICA	5 Dias	235,33	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	3	330,00	
19998	INSS	7.97 %		164,84
			2.066,96	164,84
			Liquido.....:	1.902,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	2.066,96	2.066,96	165,35	1.502,16

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 14/02/2020

56 JORDANA ABREU MEIRELES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.602.231-52

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	25 Dias	1.176,67	
10005	TRIENIO	1	42,36	
10141	LICENÇA MEDICA	5 Dias	235,33	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	3	330,00	
19998	INSS	7.97 %		164,84
			2.066,96	164,84
			Liquido.....:	1.902,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	2.066,96	2.066,96	165,35	1.502,16

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 5802-5 - ANAPOLIS - AV BRASIL
CONTA: 17.619-7

FAVORECIDO: JOSE EDUARDO VIEIRA DE FARIA REIS
CPF/CNPJ: 065.211.941-78
VALOR: R$ 2.077,78
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071203
AUTENTICACAO SISBB: B.CD2.B7F.6F1.EAD.APC

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/05/2023

127 JOSE EDUARDO VIEIRA DE FARIA REIS (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 065.211.941-78

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	65,20	
19998	INSS	8.06 %		182,22
			2.260,00	182,22
			Liquido.....:	2.077,78

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.260,00	2.260,00	180,80	1.695,20

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/05/2023

127 JOSE EDUARDO VIEIRA DE FARIA REIS (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 065.211.941-78

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	65,20	
19998	INSS	8.06 %		182,22
			2.260,00	182,22
			Liquido.....:	2.077,78

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.260,00	2.260,00	180,80	1.695,20

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JOSE EVANGELISTA MARTINS
CPF: 277.543.401-00
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.678-8
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 6.263,62

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.F97.44B.C52.B80.31D

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE RMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 02/04/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

126 JOSE EVANGELISTA MARTINS (MOTORISTA) - CPF: 277.543.401-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	25	4.500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.89 %		151,14
			6.414,76	151,14
			Liquido.....:	6.263,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	1.914,76	1.914,76	153,18	1.349,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE RMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 02/04/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

126 JOSE EVANGELISTA MARTINS (MOTORISTA) - CPF: 277.543.401-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	25	4.500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.89 %		151,14
			6.414,76	151,14
			Liquido.....:	6.263,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	1.914,76	1.914,76	153,18	1.349,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JULYANE DA SILVA PEREIRA
CPF: 011.774.622-30
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.459-1
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 4.510,10

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.AFE.59E.5B2.E8B.09B

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: LABORATÓRIO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 25/03/2023

123 JULYANE DA SILVA PEREIRA (BIOMEDICO(A)) - CPF: 011.774.622-30

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.650,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	56	201,14	
19998	INSS	10.66 %		579,53
19999	IRRF	22.5 %		344,11
			5.433,74	923,64
			Liquido.....:	4.510,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.300,00	5.433,74	5.433,74	434,69	4.475,03

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: LABORATÓRIO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 25/03/2023

123 JULYANE DA SILVA PEREIRA (BIOMEDICO(A)) - CPF: 011.774.622-30

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.650,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	56	201,14	
19998	INSS	10.66 %		579,53
19999	IRRF	22.5 %		344,11
			5.433,74	923,64
			Liquido.....:	4.510,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.300,00	5.433,74	5.433,74	434,69	4.475,03

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 44.186.196-3

FAVORECIDO: KAIKY GABRIEL AGUIAR FONSECA
CPF/CNPJ: 086.191.541-09
VALOR: R$ 1.844,07
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071204
AUTENTICACAO SISBB: A.AB6.568.630.5A3.BE1

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 19/08/2023

131 KAIKY GABRIEL AGUIAR FONSECA (RECEPCIONISTA) - CPF: 086.191.541-09

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	84	131,57	
19998	INSS	7.94 %		159,10
			2.003,17	159,10
			Liquido.....:	1.844,07

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.003,17	2.003,17	160,25	1.844,07

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 19/08/2023

131 KAIKY GABRIEL AGUIAR FONSECA (RECEPCIONISTA) - CPF: 086.191.541-09

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	84	131,57	
19998	INSS	7.94 %		159,10
			2.003,17	159,10
			Liquido.....:	1.844,07

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.003,17	2.003,17	160,25	1.844,07

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
1646X03649 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 17.050-0

FAVORECIDO: KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO
CPF/CNPJ: 048.929.631-94
VALOR: R$ 1.563,27
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071205
AUTENTICACAO SISBB: 0.605.5A5.2C6.376.286

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 31/07/2023

130 KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.929.631-94

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19990	INSS	7.74 %		131,33
			1.694,60	131,33
			Liquido.....:	1.563,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.563,27

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 31/07/2023

130 KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.929.631-94

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19990	INSS	7.74 %		131,33
			1.694,60	131,33
			Liquido.....:	1.563,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.563,27

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.33
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 597.682.456-7

FAVORECIDO: LACY HUMBERTO OLIVEIRA DE DEUS
CPF/CNPJ: 557.177.721-49
VALOR: R$ 3.148,62
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071214
AUTENTICACAO SISBB: 8.6CD.69E.8F1.3D6.4DA

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024 — Adm: 09/05/2024
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

148 LACY UMBERTO OLIVEIRA DE DEUS (GERENTE ADMINISTRATI) - CPF: 557.177.721-49

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	23 Dias	3.450,00	
10011	GRATIFICACAO		60,00	
19998	INSS	9.11 %		320,01
19999	IRRF	7.5 %		41,37
			3.510,00	361,38
			Liquido.....:	3.148,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.500,00	3.510,00	3.510,00	280,79	2.810,81

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024 — Adm: 09/05/2024
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

149 LACY UMBERTO OLIVEIRA DE DEUS (GERENTE ADMINISTRATI) - CPF: 557.177.721-49

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	23 Dias	3.450,00	
10011	GRATIFICACAO		60,00	
19998	INSS	9.11 %		320,01
19999	IRRF	7.5 %		41,37
			3.510,00	361,38
			Liquido.....:	3.148,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.500,00	3.510,00	3.510,00	280,79	2.810,81

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

PAVORECIDO: LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES
CPF: 025.957.441-43
AGENCIA: 1303-X - ALVORADA-TO TO
CONTA: 24.021-4
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.063,27

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.9D0.BC7.398.05B.069

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024

Adm: 22/02/2022

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

106 LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 025.957.441-43

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.74 %		131,33
			2.194,60	131,33
			Liquido.....:	2.063,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.129,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024

Adm: 22/02/2022

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

106 LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 025.957.441-43

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.74 %		131,33
			2.194,60	131,33
			Liquido.....:	2.063,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.129,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:36:32
164803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 850.757.000.022.937
VALOR TOTAL 1.502,21
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LINDACI PIMENTEL CABRAL
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 22.937-7
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO A.7D7.6B4.F8F.1EC.58C

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: LIMPEZA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 07/05/2024

147 LINDACI PIMENTEL (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 061.517.494-99

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	25 Dias	1.177,50	
10011	GRATIFICACAO		450,00	
19998	INSS	7.69 %		125,29
			1.627,50	125,29
			Liquido.....:	1.502,21

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.627,50	1.627,50	130,20	1.062,70

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: LIMPEZA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 07/05/2024

147 LINDACI PIMENTEL (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 061.517.494-99

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	25 Dias	1.177,50	
10011	GRATIFICACAO		450,00	
19998	INSS	7.69 %		125,29
			1.627,50	125,29
			Liquido.....:	1.502,21

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.627,50	1.627,50	130,20	1.062,70

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA
CPF: 050.344.671-86
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.883-4
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.748,67

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 5.2E4.34F.2E9.59E.0C5

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE RMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 10/11/2020

80 LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 050.344.671-86

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10005	TRIENIO	1	42,36	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7.88 %		149,66
			1.898,33	149,66
			Liquido.....:	1.748,67

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.898,33	1.898,33	151,86	1.333,53

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE RMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 10/11/2020

80 LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 050.344.671-86

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10005	TRIENIO	1	42,36	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,37	
19998	INSS	7.88 %		149,66
			1.898,33	149,66
			Liquido.....:	1.748,67

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.898,33	1.898,33	151,86	1.333,53

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: LUZINETE MORAIS TOLENTINO
CPF: 004.332.471-18
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.736-6
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.410,12

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.8C9.E73.1F6.295.ECF

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-85
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/11/2021

100 LUZINETE MORAIS TOLENTINO (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 004.332.471-18

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10011	GRATIFICACAO		300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20030	ADICIONAL NOTURNO	42	130,40	
19998	INSS	8.19 %		215,08
			2.625,20	215,08
			Liquido.....:	2.410,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.625,20	2.625,20	210,01	2.030,94

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

/ / Data

Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-85
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/11/2021

100 LUZINETE MORAIS TOLENTINO (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 004.332.471-18

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10011	GRATIFICACAO		300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20030	ADICIONAL NOTURNO	42	130,40	
19998	INSS	8.19 %		215,08
			2.625,20	215,08
			Liquido.....:	2.410,12

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.625,20	2.625,20	210,01	2.030,94

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

/ / Data

Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO VIEIRA GONCALVE
CPF: 347.149.871-00
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.885-0
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.963,83

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.F6C.00E.3C9.AC7.899

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

17 MARCOS ANTONIO VIEIRA GONÇALVES (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 347.149.871-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10006	QUINQUENIO	1	81,50	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		908,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.92 %		293,97
19999	IRRF	7,5 %		35,17
			3.292,97	329,14
			Liquido.....:	2.963,83

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	3.292,97	3.292,97	263,43	2.728,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

17 MARCOS ANTONIO VIEIRA GONÇALVES (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 347.149.871-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10006	QUINQUENIO	1	81,50	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		908,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.92 %		293,97
19999	IRRF	7,5 %		35,17
			3.292,97	329,14
			Liquido.....:	2.963,83

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	3.292,97	3.292,97	263,43	2.728,17

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: MARIA JOSE PEREIRA VIDAL SALES
CPF: 607.290.821-72
AGENCIA: 3656-0 - AVENIDA T-7 GO
CONTA: 30.189-2
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 4.395,69

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.C12.D57.B24.265.8E1

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/02/2019

40 MARIA JOSE PEREIRA VIDAL SALES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 607.290.821-72

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10006	QUINQUENIO	1	132,96	
10011	GRATIFICACAO		1.295,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	650,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	9.85 %		430,55
19999	IRRF	22.5 %		193,30
			5.019,54	623,85
			Liquido.....:	4.395,69

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	4.369,54	4.369,54	349,56	3.804,74

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/02/2019

40 MARIA JOSE PEREIRA VIDAL SALES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 607.290.821-72

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10006	QUINQUENIO	1	132,96	
10011	GRATIFICACAO		1.295,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	650,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	9.85 %		430,55
19999	IRRF	22.5 %		193,30
			5.019,54	623,85
			Liquido.....:	4.395,69

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	4.369,54	4.369,54	349,56	3.804,74

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:37
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: MARIVANE GOMES DE ALMEIDA
CPF: 967.403.291-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.887-7
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.627,52

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.212.1BB.B3F.D5E.298

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

19 MARIVANE GOMES DE ALMEIDA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 967.403.291-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.79 %		137,68
			1.765,20	137,68
			Liquido.....:	1.627,52

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.765,20	1.765,20	141,21	1.200,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

19 MARIVANE GOMES DE ALMEIDA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 967.403.291-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.79 %		137,68
			1.765,20	137,68
			Liquido.....:	1.627,52

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.765,20	1.765,20	141,21	1.200,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 779.966.605-7

FAVORECIDO: MARLENE MACIEL VENTURA PEREIRA
CPF/CNPJ: 874.734.371-00
VALOR: R$ 2.546,79
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071206
AUTENTICACAO SISBB: B.E67.0FD.D0C.A31.436

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.876/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: COZINHA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/10/2023

133 MARLENE MACIEL VENTURA PEREIRA (COZINHEIRO(A)) - CPF: 874.734.371-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	8	960,00	
19998	INSS	8.39 %		235,49
19999	IRRF	7.5 %		23,32
			2.805,60	258,81
			Liquido.....:	2.546,79

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.805,60	2.805,60	224,44	2.570,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.876/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: COZINHA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/10/2023

133 MARLENE MACIEL VENTURA PEREIRA (COZINHEIRO(A)) - CPF: 874.734.371-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	8	960,00	
19998	INSS	8.39 %		235,49
19999	IRRF	7.5 %		23,32
			2.805,60	258,81
			Liquido.....:	2.546,79

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.805,60	2.805,60	224,44	2.570,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 39.550.786-0

FAVORECIDO: MAYARA DE BRITO
CPF/CNPJ: 037.679.641-39
VALOR: R$ 1.847,45
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071207
AUTENTICACAO SISBB: 4.72B.16C.42B.4E4.9DA

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: LIMPEZA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 04/04/2024

145 MAYARA DE BRITO (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 037.679.641-39

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,49	
19998	INSS	7,94 %		159,44
			2.006,89	159,44
			Liquido.....:	1.847,45

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.006,89	2.006,89	160,55	1.442,09

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: LIMPEZA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 04/04/2024

145 MAYARA DE BRITO (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 037.679.641-39

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	161,49	
19998	INSS	7,94 %		159,44
			2.006,89	159,44
			Liquido.....:	1.847,45

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.006,89	2.006,89	160,55	1.442,09

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.078/0002-05

FAVORECIDO: MILENA ALEXANDRE SIMONI
CPF: 110.685.639-23
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.888-5
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.063,27

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.1A0.D75.8C1.CB6.3CD

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 24/01/2022

104 MILENA ALEXANDRE SIMONI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 110.685.639-23

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.74 %		131,33
			2.194,60	131,33
			Liquido.....:	2.063,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.129,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 24/01/2022

104 MILENA ALEXANDRE SIMONI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 110.685.639-23

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	3	500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.74 %		131,33
			2.194,60	131,33
			Liquido.....:	2.063,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	1.694,60	1.694,60	135,56	1.129,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.37
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 93.915.311-4

FAVORECIDO: PABLINE MURIELLY MARTINS MIRANDA
CPF/CNPJ: 015.253.501-29
VALOR: R$ 1.125,49
DEBITO EM: 15/07/2024

DOCUMENTO: 071504
AUTENTICACAO SISBB: D.7B0.34C.993.2EF.ACA

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/05/2024

149 PABLINE MURIELLY MARTINS MIRANDA (RECEPCIONISTA) - CPF: 015.253.501-29

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	10 Diaa	479,67	
10011	GRATIFICACAO		670,00	
10081	SALARIO FAMILIA	3	62,04	
19998	INSS	7.5 %		86,22
			1.211,71	86,22
			Liquido.....:	1.125,49

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.149,67	1.149,67	91,97	556,72

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/__ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/05/2024

149 PABLINE MURIELLY MARTINS MIRANDA (RECEPCIONISTA) - CPF: 015.253.501-29

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	10 Diaa	479,67	
10011	GRATIFICACAO		670,00	
10081	SALARIO FAMILIA	3	62,04	
19998	INSS	7.5 %		86,22
			1.211,71	86,22
			Liquido.....:	1.125,49

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.149,67	1.149,67	91,97	556,72

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/__ Data

_____ Assinatura

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:59:58
364803648 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 170.757.510.014.817
VALOR TOTAL 1.720,27
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: RAIMUNDA A C MENEZES
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 510.014.817-5
VARIACAO DA POUPANCA 51
NR. DOCUMENTO 173.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 0.494.115.3B2.45D.6E8

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 26/06/2023

128 RAIMUNDA APARECIDA CARVALHO MENEZES (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 856.720.331-72

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	14	21,53	
19998	INSS	7,86 %		146,86
			1.867,13	146,86
			Liquido.....:	1.720,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.867,13	1.867,13	149,37	1.302,33

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 26/06/2023

128 RAIMUNDA APARECIDA CARVALHO MENEZES (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 856.720.331-72

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	14	21,53	
19998	INSS	7,86 %		146,86
			1.867,13	146,86
			Liquido.....:	1.720,27

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.867,13	1.867,13	149,37	1.302,33

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:37
3648003649

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: RITA NEVES AZEVEDO
CPF: 815.755.301-63
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.354-8
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.700,68

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.023.42C.B7C.69C.88D

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.678/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/07/2021

90 RITA NEVES AZEVEDO (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 815.755.301-63

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.85 %		144,92
			1.845,60	144,92
			Liquido.....:	1.700,68

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,64	1.280,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.678/0002-05
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/07/2021

90 RITA NEVES AZEVEDO (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 815.755.301-63

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.85 %		144,92
			1.845,60	144,92
			Liquido.....:	1.700,68

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,64	1.280,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ROSILENE SALES DA SILVA
CPF: 557.115.881-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.040-5
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 49,25

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.A90.8D4.BC0.C4D.35C

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 16/07/2020

70 ROSILENE SALES DA SILVA (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 557.115.881-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	54,33	
10005	TRIENIO	1	1,63	
19998	INSS	11,99 %		6,71
			55,96	6,71
			Liquido.....:	49,25

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	55,96	55,96	4,47	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 16/07/2020

70 ROSILENE SALES DA SILVA (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 557.115.881-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	54,33	
10005	TRIENIO	1	1,63	
19998	INSS	11,99 %		6,71
			55,96	6,71
			Liquido.....:	49,25

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	55,96	55,96	4,47	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 10.949.530-9

FAVORECIDO: SABRINA TRAJANO DA SILVA
CPF/CNPJ: 712.253.481-29
VALOR: R$ 1.724,16
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071208
AUTENTICACAO SISBB: 0.E43.343.73A.574.A53

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HNAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 28/03/2024

142 SABRINA TRAJANO DA SILVA (RECEPCIONISTA) - CPF: 712.253.481-29

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	7.86 %		147,24
			1.871,40	147,24
			Liquido.....:	1.724,16

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,40	1.871,40	149,71	1.306,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HNAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 28/03/2024

142 SABRINA TRAJANO DA SILVA (RECEPCIONISTA) - CPF: 712.253.481-29

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	7.86 %		147,24
			1.871,40	147,24
			Liquido.....:	1.724,16

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,40	1.871,40	149,71	1.306,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: SANAEH VALE DOS REIS
CPF: 045.049.281-83
AGENCIA: 0757 9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.463-X
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.097,56

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: F.D07.DBE.339.34F.E1C

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024

Adm: 27/03/2023

Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

124 SANAEH VALE DOS REIS (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 045.049.281-83

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.07 %		184,17
			2.281,73	184,17
			Liquido.....:	2.097,56

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.281,73	2.281,73	182,53	1.716,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/____ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024

Adm: 27/03/2023

Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

124 SANAEH VALE DOS REIS (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 045.049.281-83

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		564,80	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.07 %		184,17
			2.281,73	184,17
			Liquido.....:	2.097,56

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.281,73	2.281,73	182,53	1.716,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:35
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: SILVANIA ALVES RIBEIRO
CPF: 009.078.241-02
AGENCIA: 0757-9 SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 15.689-2
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.027,92

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.605.7EB.301.278.D21

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2018

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 009.078.241-02

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	4	440,00	
19998	INSS	8.03 %		177,28
			2.205,20	177,28
			Liquido.....:	2.027,92

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	2.205,20	2.205,20	176,41	1.640,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2018

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 009.078.241-02

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.412,00	
10006	QUINQUENIO	1	70,60	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	4	440,00	
19998	INSS	8.03 %		177,28
			2.205,20	177,28
			Liquido.....:	2.027,92

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.412,00	2.205,20	2.205,20	176,41	1.640,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.626-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794 3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 762.738.593-9

FAVORECIDO: TATIANE ALMEIDA RIBEIRO
CPF/CNPJ: 710.285.271-10
VALOR: R$ 1.724,16
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071209
AUTENTICACAO SISBB: E.378.D11.308.158.369

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 12/04/2024

146 TATIANE ALMEIDA RIBEIRO (RECEPCIONISTA) - CPF: 710.285.271-10

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	7.86 %		147,24
			1.871,40	147,24
			Liquido.....:	1.724,16

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,40	1.871,40	149,71	1.306,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 12/04/2024

146 TATIANE ALMEIDA RIBEIRO (RECEPCIONISTA) - CPF: 710.285.271-10

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
19998	INSS	7.86 %		147,24
			1.871,40	147,24
			Liquido.....:	1.724,16

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,40	1.871,40	149,71	1.306,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 2269-1 - PA BRASILIA ASA NORTE DF
CONTA: 1.019.349-0

FAVORECIDO: TATIANE BENICIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 894.958.291-00
VALOR: R$ 2.880,07
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071210
AUTENTICACAO SISBB: 5.0B2.670.P3D.9FC.35B

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-Z19

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 19/08/2023

132 TATIANE BENICIO DA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 894.958.291-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	283,65	
19998	INSS	8.86 %		285,87
19999	IRRF	15.0 %		59,49
			3.225,43	345,36
			Liquido.....:	2.880,07

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.225,43	3.225,43	258,03	2.939,56

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-Z19

Maio/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 19/08/2023

132 TATIANE BENICIO DA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 894.958.291-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	283,65	
19998	INSS	8.86 %		285,87
19999	IRRF	15.0 %		59,49
			3.225,43	345,36
			Liquido.....:	2.880,07

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.225,43	3.225,43	258,03	2.939,56

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0266-6 - S.MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 530.495-4

FAVORECIDO: VALTEIR GONCALVES DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 347.123.721-68
VALOR: R$ 6.463,62
DEBITO EM: 12/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071211
AUTENTICACAO SISBB: 8.R0B.73B.784.807.9CE

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 08/01/2024
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

136 VALTEIR GONÇALVES DE OLIVEIRA (MOTORISTA) - CPF: 347.123.721-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	26	4.700,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.89 %		151,14
			6.614,76	151,14
			Liquido.....:	6.463,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	1.914,76	1.914,76	153,18	1.349,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Adm: 08/01/2024
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

136 VALTEIR GONÇALVES DE OLIVEIRA (MOTORISTA) - CPF: 347.123.721-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	26	4.700,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.89 %		151,14
			6.614,76	151,14
			Liquido.....:	6.463,62

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	1.914,76	1.914,76	153,18	1.349,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:36
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: VANESSA PEREIRA SALES
CPF: 053.545.771-52
AGENCIA: 8090 X - MORADA DO SOL GO
CONTA: 7.796-8
DATA DE PAGAMENTO: 12/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.679,70

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: E.9FD.DCC.9E1.B3B.890

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: FARMACIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/07/2022

114 VANESSA PEREIRA SALES (FARMACEUTICO(A)) - CPF: 053.545.771-52

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		500,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.48 %		244,70
			2.924,40	244,70
			Liquido.....:	2.679,70

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.882,40	2.882,40	230,59	2.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Maio/2024
Departamento: FARMACIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/07/2022

114 VANESSA PEREIRA SALES (FARMACEUTICO(A)) - CPF: 053.545.771-52

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,40	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		500,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.48 %		244,70
			2.924,40	244,70
			Liquido.....:	2.679,70

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.882,40	2.882,40	230,59	2.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

PISO ENFERMAGEM
REF 05/2024

23/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:36:45
075700757 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

CLIENTE: INSTITUTO A GESTAO SAUDE
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 23.819-8
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 23/07/2024
NR. DOCUMENTO 170.757.510.012.740
VALOR TOTAL 1.643,53
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ADELIA DE SOUZA SILVA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 510.012.740-2
51
VARIACAO DA POUPANCA
NR. DOCUMENTO 170.757.000.023.819
==========
NR.AUTENTICACAO 2.9A1.E53.E25.19E.57F
Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Adm: 27/02/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

138 ADELIA DE SOUZA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 007.612.421-55

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.643,53

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Adm: 27/02/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

136 ADELIA DE SOUZA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 007.612.421-55

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.643,53

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:16
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO
CPF: 016.878.291-01
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.823-0
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.E05.39B.4EB.92F.30F

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/03/2021

84 ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 016.878.291-01

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/03/2021

84 ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 016.878.291-01

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

23/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:36:45
075700757 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A GESTAO SAUDE
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 23.819-8
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 23/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.024.031
VALOR TOTAL 3.170,23
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ATOS A G MELO
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 24.031-1
NR. DOCUMENTO 550.757.000.023.819
==========
NR.AUTENTICACAO 0.EF6.943.54C.E54.E0A

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 03/04/2024

144 ATOS AUGUSTO GONÇALVES MELO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 042.065.381-31

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20098	ASS FIN COMP UN P ENF (04/2024)		1.782,80	
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	9.16 %		326,69
19999	IRRF	15.0 %		68,68
			3.565,60	395,37
			Liquido.....:	3.170,23

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	3.565,60	3.565,60	285,24	3.000,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 03/04/2024

144 ATOS AUGUSTO GONÇALVES MELO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 042.065.381-31

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20098	ASS FIN COMP UN P ENF (04/2024)		1.782,80	
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	9.16 %		326,69
19999	IRRF	15.0 %		68,68
			3.565,60	395,37
			Liquido.....:	3.170,23

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	3.565,60	3.565,60	285,24	3.000,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZ
CPF: 921.939.431-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.826-5
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.575,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: E.889.F72.03C.DAA.0A7

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

4 BRIGIDA MARTA FERREIRA DE SOUZA RODRIGUE (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 921.939.431-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19996	INSS	11,62 %		207,27
			1.782,80	207,27
			Liquido.....:	1.575,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/____ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

4 BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZA RODRIGUE (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 921.939.431-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19996	INSS	11,62 %		207,27
			1.782,80	207,27
			Liquido.....:	1.575,53

Salario Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: CAMILA SILVA MOREIRA
CPF: 052.561.301-37
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.827-3
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.EC0.0AD.B65.E4F.E8D

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HNAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/07/2021

93 CAMILA SILVA MOREIRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 052.561.301-37

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HNAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/07/2021

93 CAMILA SILVA MOREIRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 052.561.301-37

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA
CPF: 021.215.081-20
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.457-5
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.727,35

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.74D.CBC.895.F3D.725

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Adm: 25/11/2022

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

116 CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 021.215.081-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7.87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Adm: 25/11/2022

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

116 CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 021.215.081-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7.87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: DIESSYCA JORDANY SOUSA SILVA
CPF: 049.446.851-30
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.850-8
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.727,35

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.675.1CA.D26.0FA.702

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 11/07/2020

69 DIESSYCA JORDANY SOUZA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 049.446.851-30

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7.87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 11/07/2020

69 DIESSYCA JORDANY SOUZA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 049.446.851-30

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7.87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: DIOGO PIRES NEVES
CPF: 026.784.271-61
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 12.609-8
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.727,35

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.643.F4E.B4D.882.09E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 05/12/2022

119 DIOGO PIRES NEVES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 026.784.271-61

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7,87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 05/12/2022

119 DIOGO PIRES NEVES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 026.784.271-61

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7,87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: EYDE DE SOUZA BEZERRA
CPF: 051.058.885-96
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.853-2
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.0E5.C8F.E89.1A5.99C

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 16/06/2020

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 051.058.885-96

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19990	INSS	7,81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Líquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 16/06/2020

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 051.058.885-96

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19990	INSS	7,81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Líquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FABIOLA FELIX CARDOSO
CPF: 020.642.261-09
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.251-7
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.F8A.F87.595.0C6.4E8

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

8 FABIOLA FELIX CARDOSO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 020.642.261-09

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

8 FABIOLA FELIX CARDOSO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 020.642.261-09

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FERNANDO COSTA FERNANDES
CPF: 872.947.881-20
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.854-0
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.727,35

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.26D.48E.B74.5C8.D93

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

9 FERNANDO COSTA FERNANDES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 872.947.881-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7.87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

9 FERNANDO COSTA FERNANDES (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 872.947.881-20

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7.87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:16
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARA
CPF: 019.531.221-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.856-7
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.559,10

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.06B.886.CB6.A55.280

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

10 FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARAUJO FIGUEI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 019.531.221-08

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	12.54 %		223,70
			1.782,80	223,70
			Liquido.....:	1.559,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

10 FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARAUJO FIGUEI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 019.531.221-08

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	12.54 %		223,70
			1.782,80	223,70
			Liquido.....:	1.559,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:16
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JACIARA DA SILVA DIAS
CPF: 001.429.191-60
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.458-3
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 5.ADE.AB7.103.2BF.488

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.678/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Julho/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/04/2020

60 JACIARA DA SILVA DIAS (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 001.429.191-60

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.678/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELISIARIO-219

Julho/2024
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 15/04/2020

60 JACIARA DA SILVA DIAS (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 001.429.191-60

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JAKELINE GONCALVES MARIANO SIL
CPF: 705.553.711-82
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 19.158-2
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.727,35

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.FCA.9C6.2A2.3BB.FE6

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 13/04/2022

107 JAKELINE GONÇALVES MARIANO SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 705.553.711-82

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7,87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/____ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 13/04/2022

107 JAKELINE GONÇALVES MARIANO SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 705.553.711-82

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7,87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.310,11

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: JORDANA ABREU MEIRELES
CPF: 048.602.231-52
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.036-7
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.280.04F.B55.71A.A7E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-BLISIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 14/02/2020

56 JORDANA ABREU MEIRELES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.602.231-52

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-BLISIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 14/02/2020

56 JORDANA ABREU MEIRELES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.602.231-52

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

G332311449657514 1
31/07/2024 14:52:16

Emissão de comprovantes - 3o nível

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 -      AUTOATENDIMENTO        - 14.52.16
0757900757             SEGUNDA VIA              0001
            COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
                 COMPROVANTE DE
  TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: INSTITUTO A GESTAO SAUDE
AGENCIA: 0757-9 CONTA:         23.819-8
================================================
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A GESTAO SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA:       17.050-0

FAVORECIDO:  KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO
CPF/CNPJ:      048.929.631-94
VALOR: R$                                1.643,53
DEBITO EM: 23/07/2024
================================================
DOCUMENTO: 072301
AUTENTICACAO SISBB:         5.ED4.B59.FF9.08F.031
```

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.678/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Adm: 31/07/2023

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

130 KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.929.631-94

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.643,53

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

____/____/____ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.678/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Adm: 31/07/2023

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

130 KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 048.929.631-94

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.643,53

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE

____/____/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES
CPF: 025.957.441-43
AGENCIA: 1303-X - ALVORADA-TO TO
CONTA: 24.021-4
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.F51.5F7.72D.A71.62A

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/02/2022

106 LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 025.957.441-43

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/____ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 22/02/2022

106 LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 025.957.441-43

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA
CPF: 050.344.671-86
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.883-4
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.729.8F8.0DF.490.ACE

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 10/11/2020

80 LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 050.344.671-86

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salario Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 10/11/2020

80 LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 050.344.671-86

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salario Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: MARIVANE GOMES DE ALMEIDA
CPF: 967.403.291-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.887-7
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.858.786.4FC.E09.56E

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

19 MARIVANE GOMES DE ALMEIDA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 967.403.291-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7,81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/10/2018

19 MARIVANE GOMES DE ALMEIDA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 967.403.291-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7,81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:17
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: MILENA ALEXANDRE SIMONI
CPF: 110.685.639-23
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.888-5
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.D2E.660.06B.DD6.F44

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Adm: 24/01/2022

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

104 MILENA ALEXANDRE SIMONI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 110.685.639-23

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024

Adm: 24/01/2022

Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

104 MILENA ALEXANDRE SIMONI (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 110.685.639-23

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7.81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:52:16
0757000757

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: SILVANIA ALVES RIBEIRO
CPF: 009.078.241-02
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 15.689-2
DATA DE PAGAMENTO: 23/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 1.643,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 5.670.4C4.120.F33.57D

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2018

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 009.078.241-02

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7,81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2018

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 009.078.241-02

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.782,80	
19998	INSS	7,81 %		139,27
			1.782,80	139,27
			Liquido.....:	1.643,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.782,80	1.782,80	142,62	1.218,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.52.16
0757900757 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: INSTITUTO A GESTAO SAUDE
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 23.819-8
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A GESTAO SAUDE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 2269-1 - PA BRASILIA ASA NORTE DF
CONTA: 1.819.349-0

FAVORECIDO: TATIANE BENICIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 894.958.291-00
VALOR: R$ 1.727,35
DEBITO EM: 23/07/2024
==========
DOCUMENTO: 072302
AUTENTICACAO SISBB: C.65D.DE8.685.5F9.50F

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 19/08/2023

132 TATIANE BENICIO DA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 894.958.291-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7,87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.727,35

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05
AVENIDA PERNAMBUCO-ELIZIARIO-219

Julho/2024
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 19/08/2023

132 TATIANE BENICIO DA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 894.958.291-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
20101	ASS FIN COMP UN P ENF (05/2024)		1.874,91	
19998	INSS	7,87 %		147,56
			1.874,91	147,56
			Liquido.....:	1.727,35

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
0,00	1.874,91	1.874,91	149,99	1.727,35

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA
CPF: 064.956.751-00
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.825-7
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.594,25

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.B49.A6F.D36.0F2.946

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capitulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do minimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA	Nº Cart. Prof.: 92938	Série: 00045
Nº Registro: 49	Função: AUXILIAR ADMINISTRATIVO(A)	Data Admissão: 01/08/2019
Observação:		

Periodos

De Aquisição.....:	De	01 de agosto de 2022	A	31 de julho de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A	
De Gozo das Férias.....:	De	01 de julho de 2024	A	30 de julho de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.439,00	Base de Cálculo: 2.124,77

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	2.124,77
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	708,26
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abonn.....:	R$	0,00
Adiantamento de 13º Salárin..:	R$	0,00
Salário Familia.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	238,78
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimenticia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.833,03
Total de Deduções	238,78
Liquido a Receber	2.594,25

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao periodo acima descrito e a sua disposição fica a importância liquida de R$ 2.594,25

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUINHENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de junho de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias

De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNAMBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de R$ 2.594,25

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUINHENTOS E NOVENTA E QUATRO REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 29 de junho de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1º do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZ
CPF: 921.939.431-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.826-5
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.162,96

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: F.E20.3B8.BE9.FDC.6C8

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capitulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do minimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZA RODRIGUES	Nº Cart. Prof.: 67841	Série: 00010
Nº Registro: 4	Função: TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	Data Admissão: 01/10/2018

Observação:

Periodos

De Aquisição.....:	De 01 de outubro de 2022	A	30 de setembro de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De	A	
De Gozo das Férias.....:	De 01 de julho de 2024	A	30 de julho de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.412,00	Base de Cálculo: 1.765,20

= Proventos =		
Valor da Remuneração de Férias:	R$	1.765,20
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	588,40
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono.....:	R$	0,00
Adiantamento de 13º Salário..:	R$	0,00
Salário Familia.....:	R$	0,00
= Deduções =		
INSS Férias.....:	R$	190,64
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimenticia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.353,60
Total de Deduções	190,64
Liquido a Receber	2.162,96

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao periodo acima descrito e a sua disposição fica a importância liquida de R$ 2.162,96

Valor por Extenso	(DOIS MIL, CENTO E SESSENTA E DOIS REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de junho de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNAMBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de R$ 2.162,96

Valor por Extenso	(DOIS MIL, CENTO E SESSENTA E DOIS REAIS E NOVENTA E SEIS CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 29 de junho de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1º do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: EYDE DE SOUZA BEZERRA
CPF: 051.058.885-96
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.853-2
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.328,19

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.14F.A8B.6E1.F0F.DBC

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capitulo VI - TITULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do minimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: EYDE DE SOUSA BEZERRA	Nº Cart. Prof.: 09933	Série: 00087
Nº Registro: 63	Função: TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	Data Admissão: 16/06/2020

Observação:

Periodos

De Aquisição.....:	De	16 de junho de 2022	A	15 de junho de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A	
De Gozo das Férias.....:	De	01 de maio de 2024	A	30 de maio de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.412,00	Base de Cálculo: 1.901,38

- Proventos -		
Valor da Remuneração de Férias:	R$	1.901,38
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	633,79
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13° Salário..:	R$	0,00
Salário Familia.....:	R$	0,00
- Deduções -		
INSS Férias.....:	R$	706,98
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimenticia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.535,17
Total de Deduções	206,98
Liquido a Receber	2.328,19

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao periodo acima descrito e a sua disposição fica a importância liquida de R$ 2.328,19

Valor por Extenso	(DOIS MIL, TREZENTOS E VINTE E OITO REAIS E DEZENOVE CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNAMBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de R$ 2.328,19

Valor por Extenso	(DOIS MIL, TREZENTOS E VINTE E OITO REAIS E DEZENOVE CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 28 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1° do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FABIOLA FELIX CARDOSO
CPF: 020.642.261-09
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.251-7
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.229,69

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.C24.1A6.424.B87.085

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capítulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do mínimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: FABIOLA FELIX CARDOSO	Nº Cart. Prof.: 65763	Série: 00038
Nº Registro: 8	Função: TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	Data Admissão: 01/10/2018
Observação:		

Períodos

De Aquisição.....:	De	01 de outubro de 2022	A	30 de setembro	de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de junho de 2024	A	30 de junho	de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.412,00	Base de Cálculo: 1.820,20

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	1.820,20
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	606,73
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13º Salário..:	R$	0,00
Salário Família.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	197,24
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.426,93
Total de Deduções	197,24
Líquido a Receber	2.229,69

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$ 2.229,69

Valor por Extenso	(DOIS MIL, DUZENTOS E VINTE E NOVE REAIS E SESSENTA E NOVE CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de maio de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNANBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de RS 2.229,69

Valor por Extenso	(DOIS MIL, DUZENTOS E VINTE E NOVE REAIS E SESSENTA E NOVE CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 30 de maio de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1º do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FLAVIANE APARECIDA SOUSA PEREI
CPF: 060.360.011-50
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.855-9
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.476,44

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.ABC.1E8.215.4AB.F2E

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capítulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei N° 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei N° 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do mínimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: FLAVIANE APARECIDA SOUSA PEREIRA	N° Cart. Prof.: 4912108	Série: 0050
N° Registro: 65	Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	Data Admissão: 17/06/2020

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	17 de junho de 2022	A	16 de junho	de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de maio de 2024	A	30 de maio	de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.413,00	Base de Cálculo: 2.024,36

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	2.024,36
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	674,79
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13° Salário..:	R$	0,00
Salário Família.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	222,71
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.699,15
Total de Deduções	222,71
Líquido a Receber	2.476,44

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$ 2.476,44

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUATROCENTOS E SETENTA E SEIS REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNANBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de RS 2.476,44

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUATROCENTOS E SETENTA E SEIS REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 28 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1° do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FRANCILENE MENDES DA SILVA
CPF: 051.135.891-10
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.585-0
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.260,51

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.5EC.821.607.108.967

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capítulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei N° 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei N° 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do mínimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: FRANCILENE MENDES DA SILVA	N° Cart. Prof.: 0511358	Série: 9110
N° Registro: 108	Função: COZINHEIRO(A)	Data Admissão: 04/05/2022

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	04 de maio de 2022	A	03 de maio	de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de maio de 2024	A	30 de maio	de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.413,00	Base de Cálculo: 1.845,60

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	1.845,60
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	615,20
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13° Salário..:	R$	0,00
Salário Família.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	200,29
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.460,80
Total de Deduções	200,29
Líquido a Receber	2.260,51

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$ 2.260,51

Valor por Extenso	(DOIS MIL, DUZENTOS E SESSENTA REAIS E CINQUENTA E UM CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNANBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de RS 2.260,51

Valor por Extenso	(DOIS MIL, DUZENTOS E SESSENTA REAIS E CINQUENTA E UM CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 28 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1° do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARA
CPF: 019.531.221-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.856-7
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.482,35

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.286.1DC.298.656.B18

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capítulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do mínimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARAUJO FIGUEIRE	Nº Cart. Prof.: 0087312	Série: 00039
Nº Registro: 10	Função: TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	Data Admissão: 01/10/2018

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De 01 de outubro de 2022	A	30 de setembro de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De	A	
De Gozo das Férias.....:	De 01 de julho de 2024	A	30 de julho de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.412,00	Base de Cálculo: 2.029,40

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	2.029,40
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	676,47
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13º Salário..:	R$	0,00
Salário Família.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	223,52
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.705,87
Total de Deduções	223,52
Líquido a Receber	2.482,35

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$ 2.482,35

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUATROCENTOS E OITENTA E DOIS REAIS E TRINTA E CINCO CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de junho de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNANBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de RS 2.482,35

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUATROCENTOS E OITENTA E DOIS REAIS E TRINTA E CINCO CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 29 de junho de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1º do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: GISELLY MAIA SANTANA
CPF: 022.706.911-05
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.875-3
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.808,42

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.19E.C85.2A2.BE1.229

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capítulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do mínimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: GISELLY MAIA SANTANA	Nº Cart. Prof.: 92892	Série: 00045
Nº Registro: 41	Função: AUXILIAR ADMINISTRATIVO(A)	Data Admissão: 07/02/2019

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	07 de fevereiro de 2023	A	06 de fevereiro de 2024
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A	
De Gozo das Férias.....:	De	03 de junho de 2024	A	02 de julho de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 2.316,30	Base de Cálculo: 2.316,30

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	2.316,30
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	772,10
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13º Salário..:	R$	0,00
Salário Família.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	260,15
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	19,83
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	3.088,40
Total de Deduções	279,98
Líquido a Receber	2.808,42

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$ 2.808,42

Valor por Extenso	(DOIS MIL, OITOCENTOS E OITO REAIS E QUARENTA E DOIS CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 03 de maio de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNANBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de RS 2.808,42

Valor por Extenso	(DOIS MIL, OITOCENTOS E OITO REAIS E QUARENTA E DOIS CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 31 de maio de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1º do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: RITA NEVES AZEVEDO
CPF: 815.755.301-63
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.354-8
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 2.260,51

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.2E7.C5F.F95.0A1.903

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capítulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do mínimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: RITA NEVES AZEVEDO	Nº Cart. Prof.: 87281	Série: 00039
Nº Registro: 90	Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	Data Admissão: 01/07/2021

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	01 de julho de 2022	A	30 de junho	de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de junho de 2024	A	30 de junho	de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.413,00	Base de Cálculo: 1.845,60

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	1.845,60
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	615,20
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13º Salário..:	R$	0,00
Salário Família.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	200,29
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.460,80
Total de Deduções	200,29
Líquido a Receber	2.260,51

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$ 2.260,51

Valor por Extenso	(DOIS MIL, DUZENTOS E SESSENTA REAIS E CINQUENTA E UM CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de maio de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNANBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de RS 2.260,51

Valor por Extenso	(DOIS MIL, DUZENTOS E SESSENTA REAIS E CINQUENTA E UM CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 30 de maio de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1º do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ROSILENE SALES DA SILVA
CPF: 557.115.881-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.040-5
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 3.327,07

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.EF8.E90.D99.C21.4C3

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Capítulo VI - TÍTULO II DA C.L.T.
Dec.-Lei Nº 5452 de 01/05/1943, com as alterações do Dec.-Lei Nº 1535 de 13/04/1977

Aviso Prévio de Férias
De acordo com o art. 135 da C.L.T., participando do mínimo com 30 dias de antecedências

Notificação

Nome do Empregado: ROSILENE SALES DA SILVA	Nº Cart. Prof.: 66055	Série: 00010
Nº Registro: 70	Função: TECNICO(A) DE RADIOLOGIA	Data Admissão: 16/07/2020

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De 16 de julho de 2022	A	15 de julho de 2023
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De	A	
De Gozo das Férias.....:	De 01 de maio de 2024	A	30 de maio de 2024

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.630,00	Base de Cálculo: 2.835,34

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	2.835,34
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	945,11
Valor 1/3 Férias em dobro....:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Abono....:	R$	0,00
Adiantamento de 13º Salário..:	R$	0,00
Salário Família.....:	R$	0,00

= Deduções =

INSS Férias.....:	R$	352,47
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	100,91
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	3.780,45
Total de Deduções	453,38
Líquido a Receber	3.327,07

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$ 3.327,07

Valor por Extenso	(TRES MIL, TREZENTOS E VINTE E SETE REAIS E SETE CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Assinatura do Empregador

Recibo de Férias
De acordo com o parágrafo único do artigo 145 da C.L.T.

Recebi da Firma INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA , Estabelecida a AVENIDA PERNANBUCO 219 ,ELIZIARIO em SAO MIGUEL DO ARAGUAIA a importância de RS 3.327,07

Valor por Extenso	(TRES MIL, TREZENTOS E VINTE E SETE REAIS E SETE CENTAVOS)

que me é paga antecipadamente por motivo das minhas férias regulamentares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, no qual dei o meu "CIENTE".

Para clareza e documento, firmo o presente recibo, dando a firma plena e geral quitação.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 28 de abril de 2024
Local e Data

Assinatura do Empregado

Observações: §1º do art. 135 da C.L.T. - O empregado não poderá entrar em gozo das férias sem que apresente ao empregador sua carteira profissional, para que nela seja anotada a respectiva concessão.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:38
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA
CPF: 014.798.311-82
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 4.842-9
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 7.596,46

EVENTO: PG RESCISAO CONTRATO TRABALHO

AUTENTICACAO SISBB: 1.DA2.CCC.5BF.5C3.A31

ANEXO I

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
27.949.878/0002-05	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04 Bairro	
AVENIDA PERNANBUCO	N. 219		ELIZIARIO	
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	76.590-000	8610101	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS - PASEP	11 Nome			
145.5223.65.43	113 ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
Rua RUA 5	N. 1576		SETOR SANTA LUCIA	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	76.590-000	37724 / 00035 GO	014.798.311-82
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
10/06/1987	NILZA PEDATELLA MIRANDA			

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 Cód. Afastamento:
R$ 4.337,60	01/07/2022	10/04/2024	09/05/2024	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00%	0,00%	1 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
915.021.195.01630-8	00.045.179/0001-01 - SEESSACEB-SIND EMPREG SERV SAUDE ANAPOLIS COM EXT BASE

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50. Saldo de 9/dias Salário (líquido de /falta e DSR)	R$ 1.216,50	51. Comissões	R$ 0,00	52. Gratificação	R$ 60,00
53. Adicional de Insalubridade	R$ 282,60	54. Adicional de Periculosidade %	R$ 0,00	55. Adic. Noturno horas a %	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	62. Salário Família	R$ 0,00
63. 13° Salário Proporcional 4/12 avos	R$ 1.445,87	64.1 13° Salário Exercício - /12 avos	R$ 0,00	65. Férias Proporcionais 10.0/12 avos	R$ 3.614,67
66.1 Férias Venc. Per. Aquisitivo	R$ 0,00	68. Terço Constitucional de Férias	R$ 1.204,89	69. Aviso Prévio Indenizado	R$ 0,00
70. 13° Salário (Aviso–Prévio Indenizado)	R$ 0,00	71. Férias (Aviso–Prévio Indenizado)	R$ 0,00		
		99. Ajuste do saldo devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 7.824,53**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100. Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101. Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102. Adiantamento de 13º Salário	R$ 0,00
103. Aviso Prévio Indenizado	R$ 0,00	112.1 Previdência Social	R$ 119,13	112.2 Previdência Social - 13° Salário	R$ 108,94
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13° Salário	R$ 0,00	115. Outros Descontos	R$ 0,00
				TOTAL DAS DEDUÇÕES	**R$ 228,07**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 7.596,46**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTO-ATENDIMENTO - 14:16:39
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

PAGADOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

FAVORECIDO: SANAEH VALE DOS REIS
CPF: 045.049.281-83
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.463-X
DATA DE PAGAMENTO: 18/07/2024
VALOR CREDITADO (R$): 3.744,12

EVENTO: PG RESCISAO CONTRATO TRABALHO

AUTENTICACAO SISBB: 5.78A.B3B.2A3.C14.DC4

ANEXO I

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI	02 Razão Social/Nome			
27.949.878/0002-05	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA			
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			04 Bairro	
AVENIDA PERNANBUCO	N. 219		ELIZIARIO	
05 Município	06 UF	07 CEP	08 CNAE	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	76.590-000	8610101	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS - PASEP	11 Nome			
139.8299.10.63	124 SANAEH VALE DOS REIS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)			13 Bairro	
Rua RUA 19 QD 7 LT 11	N. SN		SETOR AEROPORTO	
14 Município	15 UF	16 CEP	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	76.590-000	0450492 / 8183 GO	045.049.281-83
19 Data de Nascimento	20 Nome da Mãe			
11/11/1993	ANDREIA RODRIGUES DO VALE CARVALHO REIS			

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 Cód. Afastamento:
R$ 2.281,73	27/03/2023		10/06/2024	SJ1

28 Pensão Alim. (%) TRCT	29 Pensão Alim. (%) FGTS	30 Categoria do Trabalhador
0,00%	0,00%	1 - Empregado

31 Código Sindical	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
915.021.195.01630-8	00.045.179/0001-01 - SEESSACEB-SIND EMPREG SERV SAUDE ANAPOLIS COM EXT BASE

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50. Saldo de 10/dias Salário (líquido de /falta e DSR)	R$ 543,33	51. Comissões	R$ 0,00	52. Gratificação	R$ 0,00
53. Adicional de Insalubridade	R$ 188,27	54. Adicional de Periculosidade %	R$ 0,00	55. Adic. Noturno horas a %	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	62. Salário Família	R$ 20,68
63. 13° Salário Proporcional 5/12 avos	R$ 944,68	64.1 13° Salário Exercício - /12 avos	R$ 0,00	65. Férias Proporcionais 3.0/12 avos	R$ 570,43
66.1 Férias Venc. Per. Aquisitivo 27/03/2023 à 26/03/2024	R$ 2.281,73	68. Terço Constitucional de Férias	R$ 950,72	69. Aviso Prévio Indenizado	R$ 0,00
70. 13° Salário (Aviso–Prévio Indenizado)	R$ 0,00	71. Férias (Aviso–Prévio Indenizado)	R$ 0,00		
		99. Ajuste do saldo devedor	R$ 0,00	**TOTAL BRUTO**	**R$ 5.499,84**

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100. Pensão Alimentícia	R$ 0,00	101. Adiantamento Salarial	R$ 0,00	102. Adiantamento de 13º Salário	R$ 0,00
103. Aviso Prévio Indenizado	R$ 0,00	112.1 Previdência Social	R$ 54,87	112.2 Previdência Social - 13° Salário	R$ 70,85
114.1 IRRF	R$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13° Salário	R$ 0,00	115.1 Aviso Previo Indenizado (Empregado)	R$ 1.630,00
				TOTAL DAS DEDUÇÕES	**R$ 1.755,72**
				VALOR LÍQUIDO	**R$ 3.744,12**

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202407011845492966083 83
CNPJ DO PAGADOR: 27.949.878/0002-05
VALOR: R$3.209,53
TARIFA: R$0,00
DATA: 01/07/2024 - 16:17:35
COD PRODUTO: a5ac2c90eea44e37b6189dffbdb4076b
DEVEDOR: NSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
CNPJ DO DEVEDOR: 27.***.***/****-24

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

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

Notificacao enviada em: 01/07/2024 - 16:17:36

==========

DOCUMENTO: 070101
AUTENTICACAO SISBB: E.6A0.214.23D.34B.0C1

==========

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

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

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

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

GFD - Guia do FGTS Digital

FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
27.949.878	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

Núm. de Pág.	Identificador	Tag	Pagar este documento até
1	0124070115944445-5	IAGS HMAA - GRF NAYHARA M OLIVEIRA	05/07/2024 às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

3.209,53

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
06/2024	1	0,00	0,00	2.903,84	305,69	3.209,53
Total Geral:		**0,00**	**0,00**	**2.903,84**	**305,69**	**3.209,53**

Data de geração da Guia: 01/07/2024 às 13:15:44 - Página 1/1

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

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/1b111391da76419b82eb9435967cf75252040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***63040972

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/1b111391da76419b82eb9435967cf752

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.41
3648X03648 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202407301212114028271130
CNPJ DO PAGADOR: 27.949.878/0002-05
VALOR: R$6.274,03
TARIFA: R$0,00
DATA: 30/07/2024 - 10:06:28
COD PRODUTO: d60541b3e33446e4be96da433f21f721
DEVEDOR: NSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
CNPJ DO DEVEDOR: 27.***.***/****-24

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

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

Notificacao enviada em: 30/07/2024 - 10:06:29

==========

DOCUMENTO: 073002
AUTENTICACAO SISBB: C.024.02B.EAC.E09.F34

==========

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

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

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

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

FGTS Digital

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
27.949.878	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124072920151176-3	GFD - ADOLFO F SILVA

Pagar este documento até
31/07/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
6.274,03

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
06/2024	1	0,00	504,36	5.144,50	625,17	6.274,03
Total Geral:		**0,00**	**504,36**	**5.144,50**	**625,17**	**6.274,03**

Data de geração da Guia: 29/07/2024 às 14:19:53 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO
TRABALHO
E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/4505173bf69e4e5cbfd45548ff26c61f52040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***630453DA

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/4505173bf69e4e5cbfd45548ff26c61f

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.41
3648X03648 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202407301213117926338 92
CNPJ DO PAGADOR: 27.949.878/0002-05
VALOR: R$7.085,27
TARIFA: R$0,00
DATA: 30/07/2024 - 10:06:28
COD PRODUTO: 41d34e2471fc4d799f4b5aebace80eae
DEVEDOR: NSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
CNPJ DO DEVEDOR: 27.***.***/****-24

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

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

Notificacao enviada em: 30/07/2024 - 10:06:29

==========

DOCUMENTO: 073003
AUTENTICACAO SISBB: F.9D7.7E3.904.2B5.D58

==========

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

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

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

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

GFD - Guia do FGTS Digital

FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
27.949.878	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124072920145717-3	GFD - EDUARDO D NASCIMENTO

Pagar este documento até
31/07/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
7.085,27

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
06/2024	1	0,00	956,18	5.756,32	372,77	7.085,27
Total Geral:		**0,00**	**956,18**	**5.756,32**	**372,77**	**7.085,27**

Data de geração da Guia: 29/07/2024 às 14:09:05 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO
TRABALHO
E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/30f299021938473498 0da56d87dcf9d1520400005303986 5802BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304D928

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/30f299021938473498 0da56d87dcf9d1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.41
3648X03648 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202407301214082569918 30
CNPJ DO PAGADOR: 27.949.878/0002-05
VALOR: R$8.781,89
TARIFA: R$0,00
DATA: 30/07/2024 - 10:06:29
COD PRODUTO: 654d0f8183054751819e3664188343b5
DEVEDOR: NSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
CNPJ DO DEVEDOR: 27.***.***/****-24

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

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

Notificacao enviada em: 30/07/2024 - 10:06:30

==========

DOCUMENTO: 073004
AUTENTICACAO SISBB: 5.4A2.3A6.B30.9C3.A26

==========

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

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

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

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

GFD - Guia do FGTS Digital

FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
27.949.878	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

Núm. de Pág.	Identificador	Tag	Pagar este documento até
1	0124072920155002-5	GFD - IRIS R B JUNIOR	31/07/2024 às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher

8.781,89

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
06/2024	1	0,00	586,96	7.319,85	875,08	8.781,89
Total Geral:		**0,00**	**586,96**	**7.319,85**	**875,08**	**8.781,89**

Data de geração da Guia: 29/07/2024 às 14:27:12 - Página 1/1

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

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/f5b0c3af29114279b1227f19dce5ddfb52040000530398658O2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***6304477A

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/f5b0c3af29114279b1227f19dce5ddfb

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.41
3648X03648 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202407301214539317036 50
CNPJ DO PAGADOR: 27.949.878/0002-05
VALOR: R$1.376,42
TARIFA: R$0,00
DATA: 30/07/2024 - 10:06:29
COD PRODUTO: 030f621c943742509a16d5fd59d2415c
DEVEDOR: NSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
CNPJ DO DEVEDOR: 27.***.***/****-24

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

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

Notificacao enviada em: 30/07/2024 - 10:06:30

==========

DOCUMENTO: 073005
AUTENTICACAO SISBB: 4.193.353.42D.40D.579

==========

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

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

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

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

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

FGTS Digital

GFD - Guia do FGTS Digital

CPF/CNPJ do Empregador	Nome/Razão Social do Empregador
27.949.878	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

Núm. de Pág.	Identificador	Tag
1	0124072920137482-0	GFD - KAIKY G A FONSECA

Pagar este documento até
31/07/2024
às 21:59:59 (Brasília)

Observações

Valor a recolher
1.376,42

Composição do Documento

Competência	Quantidade Trabalhadores	FGTS Mensal	FGTS Rescisório	Indenização Compensatória	Encargos FGTS	Total
07/2024	1	0,00	297,76	856,77	63,92	1.218,45
06/2024	1	149,72	0,00	0,00	8,25	157,97
Total Geral:		**149,72**	**297,76**	**856,77**	**72,17**	**1.376,42**

Data de geração da Guia: 29/07/2024 às 13:50:52 - Página 1/1
O detalhamento da guia pode ser consultado através do endereço https://fgtsdigital.sistema.gov.br

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

MINISTÉRIO DO
TRABALHO
E EMPREGO

PIX Copia e Cola:

00020101021226900014br.gov.bcb.pix2568pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/94f2f3bec3ef4548bd6d529cf534c8f2520400005303986580 2BR5923CAIXA ECONOMICA FEDERAL6008Brasilia62070503***630432B5

Payload Location:

pix-qrcode.caixa.gov.br/api/v2/cobv/94f2f3bec3ef4548bd6d529cf534c8f2

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 16.787-8

FAVORECIDO: PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.
CPF/CNPJ: 10.693.736/0001-46
VALOR: R$ 15.000,00
DEBITO EM: 03/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070301
AUTENTICACAO SISBB: 3.08E.8D6.F34.60A.0F6

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIRINOPOLIS

02.056.737/0001-51

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000000389**
Data e Hora de Emissão	**15/05/2024 09:35:15**
Código de Verificação	**476c**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.**
Nome Fantasia: **PRO-SAUDE**
CNPJ: **10.693.736/0001-46** Inscrição Municipal: **541987** Inscrição Estadual: **0**
Endereço: **R DO MOGNO, N°: 21, JARDIM PRIMAVERA, CEP: 75.860-000**
Município: **QUIRINOPOLIS - GO** Telefone: **64 36511081**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV. PERNAMBUCO, QD: 19, NR: 219, SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76590-000**
Município: **São Miguel do Araguaia - Goiás** Telefone:
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
REFERENTE SERVIÇOS DE RH MÉDICO PRESTADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, CONFORME CONTRATO 017/2023, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO N° 159/2018, REFERENTE DEZEMBRO/2023.	04.01.000	1,0000	299.200,0000	0,0000	299.200,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	ISS
04.01.000 / Medicina e biomedicina.	299.200,00	5,00	14.960,00
TOTAL DO ISS			14.960,00

CNAE / Atividade Município
8621602 / Servicos moveis de atendimento a urgencias, exceto por UTI movel

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	1.944,80	8.976,00	0,00	4.488,00	2.992,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	299.200,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	18.400,80
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	280.799,20

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	299.200,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	299.200,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	299.200,00
(X) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	14.960,00

Serviço prestado em	Imposto Devido em
São Miguel do Araguaia - GO	**QUIRINOPOLIS - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
299.200,00	**0,00**	**299.200,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regime Normal.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída 0
http://quirinopolis.centi.com.br/notafiscal/verificar

DATA DE RECEBIMENTO	NR DA NOTA	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
	0000000389	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 16.787-8

FAVORECIDO: PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.
CPF/CNPJ: 10.693.736/0001-46
VALOR: R$ 30.000,00
DEBITO EM: 09/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070901
AUTENTICACAO SISBB: B.710.352.60D.72E.0D7

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIRINOPOLIS

02.056.737/0001-51

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000000397**
Data e Hora de Emissão	**12/07/2024 12:00:49**
Código de Verificação	**756b**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.**
Nome Fantasia: **PRO-SAUDE**
CNPJ: **10.693.736/0001-46** Inscrição Municipal: **541987** Inscrição Estadual: **0**
Endereço: **R DO MOGNO, Nº: 21, JARDIM PRIMAVERA, CEP: 75.860-000**
Município: **QUIRINOPOLIS - GO** Telefone: **64 36511081**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV. PERNAMBUCO, QD: 19, NR: 219, SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76590-000**
Município: **São Miguel do Araguaia - Goiás** Telefone:
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, CONFORME CONTRATO 012/2023, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO Nº 159/2018, REFERENTE JANEIRO/2024.	04.01.000	1,0000	302.800,0000	0,0000	302.800,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	ISS
04.01.000 / MEDICINA E BIOMEDICINA.	302.800,00	5,00	15.140,00
TOTAL DO ISS			15.140,00

CNAE / Atividade Município
8621602 / Servicos moveis de atendimento a urgencias, exceto por UTI movel

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	1.968,20	9.084,00	0,00	4.542,00	3.028,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	302.800,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	18.622,20
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Liquido	R$	284.177,80

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	302.800,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	302.800,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	302.800,00
(X) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	15.140,00

Serviço prestado em	Imposto Devido em
São Miguel do Araguaia - GO	**QUIRINOPOLIS - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
302.800,00	**0,00**	**302.800,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regime Normal.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR

NFSe instituída 0
http://quirinopolis.centi.com.br/notafiscal/verificar

DATA DE RECEBIMENTO	NR DA NOTA	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
	0000000397	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 033 - BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0967-9 - FLAMBOYANT CAP GO
CONTA: 13.001.213-7

FAVORECIDO: PROATIVA CARE SERVICOS E GESTAO LTD
CPF/CNPJ: 31.783.739/0001-40
VALOR: R$ 15.500,00
DEBITO EM: 10/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071001
AUTENTICACAO SISBB: 8.CA1.510.A86.C64.305

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 98922/2018

Número da Nota **168**
Data Emissão **01/07/2024**
Código Verificação **Z6J1-PIE3**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

Inscrição Municipal **4693086**

CPF/CNPJ	**31.783.739/0001-40**
Nome/Razão Social	**PROATIVA CARE SERVICOS E GESTAO LTDA**
Endereço	R 137 N.556 QD.50 LT.01 EDIF ALVORADA
Bairro	SET MARISTA
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74170120 Telefone (62) 281941011

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV PERNAMBUCO N. 219 QD 10 SALA DA DIRETORIA
Bairro	ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente servicos de Superintendencia Executiva, conforme contrato 013/2018, com fulcro no contrato de gestao 159/2018. Referente Abril 2024.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atividade 821130000
Servicos combinados de escritorio e apoio administrativo

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	15.500,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	15.500,00

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	15.500,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	15.500,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	15.500,00
(x) Alíquota	%	3,54
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 15.500,00	R$ 0,00	**R$ 15.500,00**

Usuário: 2

Informações Importantes:

- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.33
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 16.787-8

FAVORECIDO: PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.
CPF/CNPJ: 10.693.736/0001-46
VALOR: R$ 190.000,00
DEBITO EM: 12/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071217
AUTENTICACAO SISBB: D.C47.ADA.73A.812.828

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIRINOPOLIS

02.056.737/0001-51

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000000397**
Data e Hora de Emissão	**12/07/2024 12:00:49**
Código de Verificação	**756b**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.**
Nome Fantasia: **PRO-SAUDE**
CNPJ: **10.693.736/0001-46** Inscrição Municipal: **541987** Inscrição Estadual: **0**
Endereço: **R DO MOGNO, N°: 21, JARDIM PRIMAVERA, CEP: 75.860-000**
Município: **QUIRINOPOLIS - GO** Telefone: **64 36511081**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV. PERNAMBUCO, QD: 19, NR: 219, SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76590-000**
Município: **São Miguel do Araguaia - Goiás** Telefone:
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, CONFORME CONTRATO 012/2023, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO N° 159/2018, REFERENTE JANEIRO/2024.	04.01.000	1,0000	302.800,0000	0,0000	302.800,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	ISS
04.01.000 / MEDICINA E BIOMEDICINA.	302.800,00	5,00	15.140,00
TOTAL DO ISS			15.140,00

CNAE / Atividade Município
8621602 / Servicos moveis de atendimento a urgencias, exceto por UTI movel

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	1.968,20	9.084,00	0,00	4.542,00	3.028,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	302.800,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	18.622,20
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	284.177,80

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	302.800,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	302.800,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	302.800,00
(X) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	15.140,00

Serviço prestado em	Imposto Devido em
São Miguel do Araguaia - GO	**QUIRINOPOLIS - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
302.800,00	**0,00**	**302.800,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regime Normal.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR

NFSe instituída 0
http://quirinopolis.centi.com.br/notafiscal/verificar

DATA DE RECEBIMENTO	NR DA NOTA	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
	0000000397	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.37
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 077 - BANCO INTER
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 6.012.923-9

FAVORECIDO: RTC CLINICA MEDICA LTDA
CPF/CNPJ: 36.614.614/0001-00
VALOR: R$ 6.000,00
DEBITO EM: 18/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071802
AUTENTICACAO SISBB: 0.ED5.ACE.356.592.481

MUNICÍPIO DE PALMAS

Secretaria Municipal de Finanças
Diretoria de Fiscalização - 502 Sul, Paço Municipal, Prédio Buriti, CEP: 77.021-900 - Palmas/TO - Telefone: (63) 3212-7072 e 7073

Nota: 2023000
00000025
Código Verificação
SNAH-D22W

MUNICÍPIO DE PALMAS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)
31/10/2023 08:14:23

Período de Competência
10/2023

Município de Prestação do Serviço
Palmas - TO

Reg. Especial Tributação
Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

Exigibilidade do ISS
Exigível em Palmas

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social
RTC CLINICA MEDICA LTDA

Nome Fantasia
RTC CLINICA MEDICA

Email
rodrigotimo@hotmail.com

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Simples Nacional	Incentivador Cultural	Fone/Fax
36.614.614/0001-00	**2418935**		**Sim**	**Não**	**(63) 99914-6777**

Endereço
Quadra ACSU NO 10 Avenida Joaquim Teotônio Segurado, S/N, LOTE 06 ACSU NO 10 CONJ 01 1 ANDAR SALA 16, Plano Diretor Norte - CEP: 77001-004 - Palmas - To

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Fone/Fax	E-mail
27.949.878/0002-05			**(62) 3942-5940**	**PRIME.EMPRESARIAL@HOTMAIL.COM**

Endereço
AV PERNAMBUCO, 219, QUADRA 19, SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO - CEP: 76590-000 - São Miguel do Araguaia - GO

SERVIÇO PRESTADO

0401 - Medicina e biomedicina. CNAE: 8630501

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente serviços de Superintendência Técnica, conforme contrato 002/2023 com fulcro no contrato de gestão 159/2018. Referente a Junho de 2023.

RTC CLINICA MEDICA LTDA
BANCO INTER - 077
AGÊNCIA 0001-9
CONTA 60129239
PIX: 36614614000100

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALORES

Valor dos Serviços (R$)	Deduções (R$)	Desconto Incondicionado (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)
6.000,00	**0,00**	**0,00**	*****	**2,9100**
ISS (R$)	**ISS Retido (R$)**	**Desconto Condicionado (R$)**	**Valor Líquido (R$)**	**Valor Total da Nota (R$)**
*****	*****	**0,00**	**6.000,00**	**6.000,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.
Optante do Simples Nacional.
Trib. aprox. R$ 807,00 Federal e R$ 300,00 Municipal. Fonte: IBPT [0D61CD]

Visualizado em: 31/10/2023 08:14:23
Para validação desta NFSe acesse: http://palmasto.webiss.com.br/externo/nfse/validar
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 1667 de 6 de dezembro de 2018.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 16.787-8

FAVORECIDO: PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.
CPF/CNPJ: 10.693.736/0001-46
VALOR: R$ 50.000,00
DEBITO EM: 18/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071810
AUTENTICACAO SISBB: 1.6DF.DB3.7B1.5BB.CDA

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIRINOPOLIS

02.056.737/0001-51

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000000397**
Data e Hora de Emissão	**12/07/2024 12:00:49**
Código de Verificação	**756b**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.**
Nome Fantasia: **PRO-SAUDE**
CNPJ: **10.693.736/0001-46** Inscrição Municipal: **541987** Inscrição Estadual: **0**
Endereço: **R DO MOGNO, Nº: 21, JARDIM PRIMAVERA, CEP: 75.860-000**
Município: **QUIRINOPOLIS - GO** Telefone: **64 36511081**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV. PERNAMBUCO, QD: 19, NR: 219, SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76590-000**
Município: **São Miguel do Araguaia - Goiás** Telefone:
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, CONFORME CONTRATO 012/2023, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO N° 159/2018, REFERENTE JANEIRO/2024.	04.01.000	1,0000	302.800,0000	0,0000	302.800,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	ISS
04.01.000 / MEDICINA E BIOMEDICINA.	302.800,00	5,00	15.140,00
TOTAL DO ISS			15.140,00

CNAE / Atividade Município
8621602 / Servicos moveis de atendimento a urgencias, exceto por UTI movel

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	1.968,20	9.084,00	0,00	4.542,00	3.028,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	302.800,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	18.622,20
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	284.177,80

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	302.800,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	302.800,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	302.800,00
(X) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	15.140,00

Serviço prestado em	Imposto Devido em
São Miguel do Araguaia - GO	**QUIRINOPOLIS - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
302.800,00	**0,00**	**302.800,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regime Normal.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR

NFSe instituída 0
http://quirinopolis.centi.com.br/notafiscal/verificar

DATA DE RECEBIMENTO	NR DA NOTA	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
	0000000397	

26/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:57:38
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

DATA DA TRANSFERENCIA 26/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.015.400
VALOR TOTAL 5.905,25

****** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NATANAEL MARTINS COELHO E
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 15.400-8
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

==========

NR.AUTENTICACAO B.E44.BFA.AB2.EE1.C45

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	0000001771
Data e Hora de Emissão	01/09/2023 11:55:49
Código de Verificação	5bf5

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: NATANAEL MARTINS COELHO E CIA LTDA - ME
Nome Fantasia: SERV MED SERVIÇOS MEDICOS
CNPJ: 12.256.931/0001-34 Inscrição Municipal: 2010130314
Endereço: RUA 05, N°: 1433, ELIZIÁRIO, CEP: 76.590-000
Município: SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ/CPF: 27.949.878/0002-05
Endereço: AV. PERNAMBUCO, QD: 19, SETOR ELIZIARIO, CEP:7659000
Município: SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás Telefone:
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE A EXAMES DE RX DO MES DE ABRIL DE 2023

Serviço / Item-Serviço
04.01.000 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

CNAE / Atividade Município
8630599 / ATIVIDADES DE ATENCAO AMBULATORIAL NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	42,25	195,00	0,00	97,50	65,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	6.500,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	399,75
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	195,00
(=) Valor Líquido	R$	5.905,25

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	6.500,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	6.500,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	6.500,00
(X) Alíquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	195,00

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
6.500,00	0,00	6.500,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regime Normal.
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída Lei N
http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

01/9/2023

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 4406 e o código verificador 564.

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota	Data e Hora de Emissão
0000001771	01/09/2023 11:55:49

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social:	NATANAEL MARTINS COELHO E CIA LTDA - ME		
Nome Fantasia:	SERV MED SERVIÇOS MEDICOS		
CNPJ:	12.256.931/0001-34	Inscrição Municipal:	2010130314
Endereço:	RUA 05, Nº: 1433, ELIZIÁRIO, CEP: 76.590-000		
Município:	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	Telefone:	

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social:	INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ/CPF:	27.949.878/0002-05
Endereço:	AV. PERNAMBUCO, QD: 19, SETOR ELIZIARIO, CEP:7659000
Município:	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás
E-mail:	

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: PRESTAÇÃO DE SERVIÇO REFERENTE A EXAMES DE RX DO MES DE ABRIL DE 2023

Serviço / Item-Serviço

04.01.000 - MEDICINA E BIOMEDICINA.

CNAE / Atividade Município

8630599 / ATIVIDADES DE ATENCAO AMBULATORIAL NAO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
6.500,00	3,00	195,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do Imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 195,00.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE

27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

01/9/2023

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 4406 e o código verificador 564.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.40
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 16.787-8

FAVORECIDO: PRO-SAUDE SERVICOS MEDICOS LTDA.
CPF/CNPJ: 10.693.736/0001-46
VALOR: R$ 20.000,00
DEBITO EM: 26/07/2024

==========

DOCUMENTO: 072605
AUTENTICACAO SISBB: A.D2D.6B1.99F.C2F.91A

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.40
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4407-5 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 13.877-7

FAVORECIDO: NAYHARA MARY DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 005.641.071-90
VALOR: R$ 1.142,00
DEBITO EM: 23/07/2024

==========

DOCUMENTO: 072302
AUTENTICACAO SISBB: C.F51.268.804.543.997

Poder Judiciário
Justiça do Trabalho
Tribunal Regional do Trabalho da 18ª Região

Ação Trabalhista - Rito Sumaríssimo 0010881-52.2024.5.18.0201

PARA ACESSAR O SUMÁRIO, CLIQUE AQUI

Tramitação Preferencial

- Pagamento de Salário

Processo Judicial Eletrônico

Data da Autuação: 24/04/2024
Valor da causa: R$ 16.527,34

Partes:
AUTOR: NAYHARA MARY DE OLIVEIRA
ADVOGADO: GABRIELA RIOS DA COSTA SOUZA
ADVOGADO: BARTOLOMEU PIMENTA BORGES
RÉU: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
ADVOGADO: MARCELO JOSE BORGES

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 18ª REGIÃO
CEJUSC DIGITAL
ATSum 0010881-52.2024.5.18.0201
RECLAMANTE: NAYHARA MARY DE OLIVEIRA
RECLAMADO(A): INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

ATA DE AUDIÊNCIA

Em 5 de junho de 2024, na sala de sessões da CEJUSC DIGITAL, sob a direção do(a) Exmo(a). Sr(a). Juiz(a) do Trabalho MARCELLA DIAS ARAUJO FREITAS, realizou-se audiência relativa à Ação Trabalhista - Rito Sumaríssimo número 0010881-52.2024.5.18.0201, supramencionada.

Às 15:13, aberta a audiência, foram apregoadas as partes.

Presente a parte reclamante NAYHARA MARY DE OLIVEIRA, pessoalmente, acompanhado(a) de seu(a) advogado(a), Dr(a). BARTOLOMEU PIMENTA BORGES, OAB 5777/GO.

Presente a parte reclamada INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS, representado(a) pelo(a) preposto(a) Sr.(a) Ronnie Marcio Silva Cabral - CPF 835.813.911-04, acompanhado(a) de seu(a) advogado(a), Dr(a). INGRID DEYARA E PLATON, OAB 23921/GO.

Presente a esta audiência a estudante de Direito: Bárbara Moura de Oliveira - CPF 136.521.956-98.

Deverão as partes litigantes apresentar carta de preposição, procuração, substabelecimento, contrato social e demais atos constitutivos no prazo de 05 dias, caso ainda não tenham sido apresentados nos autos.

Processo 100% Digital. Audiência regida pelas PORTARIAS TRT 18ª SGP /SGJ Nº 896/2021 e GP/SGP Nº 437/2022.

Considerando que houve opção pelo JUÍZO 100% DIGITAL, as partes ficam cientes que devem manter atualizados nos autos seus contatos eletrônicos.

CONCILIAÇÃO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS **reconhece a dispensa sem justa causa da autora nesta data de 05/06/2024 e**, pagará à reclamante, em troca de **quitação do postulado na inicial e do contrato de trabalho havido**, a quantia líquida de R$4.568,00 (quatro mil, quinhentos e sessenta e oito reais), em quatro parcelas, conforme discriminado a seguir:

1ª parcela, no valor de R$1.142,00, até 20/06/2024.

2ª parcela, no valor de R$1.142,00, até 22/07/2024.

3ª parcela, no valor de R$1.142,00, até 20/08/2024.

4ª parcela, no valor de R$1.142,00, até 20/09/2024.

Os pagamentos serão realizados mediante depósito na conta corrente da autora: **Nayhara Mary de Oliveira, CPF: 005.641.071-90 Banco Itau, ag: 4407 conta: 13877-7.**

A reclamante entregará sua CTPS na sede da empresa reclamada, ao Sr. Joselito, no prazo de 05 dias, devendo a reclamada proceder à baixa conforme rescisão ora reconhecida e devolvê-la à reclamante no prazo de 5 dias.

A reclamada se compromete a realizar a baixa na CTPS da reclamante com data de saída em 05/06/2024 e garante a integralidade dos depósitos do FGTS até o dia 16/04/2024 e da multa de 40%, se comprometendo a juntar aos autos, até o dia 30/06/2024, o TRCT constando dispensa sem justa causa em 05/06/2024 bem como as guias para habilitação no seguro-desemprego.

Ajustam, na hipótese de inadimplemento, cláusula penal de 50% sobre o saldo devedor, com vencimento antecipado das demais parcelas. No silêncio do autor nos 10 dias subsequentes à última parcela, presumir-se-á cumprido o acordo.

HOMOLOGO. Custas pela parte reclamante no importe de R$91,36, calculadas sobre R$4.568,00 (100%), dispensadas na forma da lei.

DISCRIMINAÇÃO: o valor do acordo corresponde às seguintes parcelas:

a) Aviso Prévio Indenizado (R$2.300,00);

b) Multa do artigo 477 da CLT (R$1.845,00);

c) Indenização por danos morais (R$423,00).

Não há recolhimentos previdenciários nem fiscais a serem comprovados, ante o caráter indenizatório das parcelas que compõem o acordo.

Cumprido, arquivem-se. Descumprido, cite-se.

Cientes os presentes.

O presente termo foi redigido pela conciliadora FRANCIELY GOMES DOS SANTOS.

Submetido à apreciação da Juíza MARCELLA DIAS ARAUJO FREITAS , que ao final assina.

Audiência encerrada às 15:49 horas. Nada mais.

PJe Assinado eletronicamente por: MARCELLA DIAS ARAUJO FREITAS - Juntado em: 05/06/2024 16:45:40 - 27bd2bc

MARCELLA DIAS ARAUJO FREITAS
Juiz(a) do Trabalho

Ata redigida por *FRANCIELY GOMES DOS SANTOS, Secretário(a) de Audiência.*

Assinado eletronicamente por: MARCELLA DIAS ARAUJO FREITAS - Juntado em: 05/06/2024 16:45:40 - 27bd2bc
https://pje.trt18.jus.br/pjekz/validacao/24060516240015600000064455830?instancia=1
Número do processo: 0010881-52.2024.5.18.0201
Número do documento: 24060516240015600000064455830

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.40
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 69.129.865-3

FAVORECIDO: MANRIQUE SOCIEDADE INDIVIDUAL DE AD
CPF/CNPJ: 33.068.901/0001-74
VALOR: R$ 2.496,57
DEBITO EM: 24/07/2024

==========

DOCUMENTO: 072403
AUTENTICACAO SISBB: D.5F0.B18.F39.931.EF4

Poder Judiciário
Justiça do Trabalho
Tribunal Regional do Trabalho da 18ª Região

Ação Trabalhista - Rito Ordinário 0011067-12.2023.5.18.0201

PARA ACESSAR O SUMÁRIO, CLIQUE AQUI

Processo Judicial Eletrônico

Data da Autuação: 20/09/2023
Valor da causa: R$ 59.284,46

Partes:
AUTOR: RENATO MACEDO CRUZ
ADVOGADO: JONATAS HANS MANRIQUE
RÉU: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
ADVOGADO: MARCELO JOSE BORGES

MARCELO BORGES
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DO POSTO AVANÇADO DE PORANGATU – GO.

Processo nº 0011067-12.2023.5.18.0201.

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS, já qualificado nos autos, **RENATO MACEDO CRUZ,** já qualificado nos autos, neste ato representado por seu respectivos patronos devidamente constituídos, nos autos do processo em epígrafe, veem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, para, visando a composição e o fim da demanda, requerer a homologação do presente acordo, entabulado nos seguintes termos:

O Reclamado pagará ao Reclamante a quantia total de R$ 17.475,99, em 7 (sete) parcelas iguais de R$2.496,57 mediante depósito em conta bancária – informada abaixo –, sendo a primeira com vencimento em 10 dias após a homologação do presente acordo, e as demais sucessivamente a cada 30 dias.

O Reclamado pagará ainda ao patrono do Reclamante, a título de honorários advocatícios, a quantia de R$1.106,09, juntamente com primeira parcela acordada.

1ª PARCELA – no valor de R$2.496,57 + R$1.106,09 = R$ 3.602,66, até 28/03/2024
2ª PARCELA - no valor de R$2.496,57, até 29/04/2024
3ª PARCELA - no valor de R$2.496,57, até 28/05/2024
4ª PARCELA - no valor de R$2.496,57, até 28/06/2024
5ª PARCELA - no valor de R$2.496,57, até 29/07/2024
6ª PARCELA - no valor de R$2.496,57, até 28/08/2024
7ª PARCELA - no valor de R$2.496,57, até 27/09/2024

Seguem os dados bancários para cumprimento do acordo:

- Banco - NUBANKI
- Agência - 0001;
- Conta - 69129865-3;
- CNPJ - 33.068.901/0001-74;
- Titular - MANRIQUE SOCIEDADE IND. DE ADVOCACIA

Chave PIX e-mail: manrique.adv@gmail.com

PJe Assinado eletronicamente por: JONATAS HANS MANRIQUE - Juntado em: 25/03/2024 14:54:36 - d2a8990

Eventual inadimplemento ou mora implicará na incidência de multa de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor da parcela vencida.

O Reclamado garantirá os recolhimentos previdenciários no valor de R$ 449,95, prazo de 5 dias após o pagamento da última parcela do acordo.

O Reclamado garantirá a integralidade do FGTS e a multa dos 40% na conta vinculada, no prazo de 15 dias.

Cumprido o acordo, a Reclamante dará geral e plena quitação pelo objeto da inicial e extinto o contrato de trabalho.

As custas judiciais e executivas ficarão a cago do Reclamado, para pagamento no prazo de 10 dias.

Deste modo, as partes requerem a homologação deste acordo para que surta seus jurídicos e legais efeitos, extinguindo o processo com resolução do mérito, nos termos do artigo 487, III, do CPC.

Nestes termos
Pede e espera deferimento.

Goiânia, Goiás, 22 de março de 2024.

Marcelo J. Borges
OAB/GO 26.031

Jonatas Hans Manrique
OAB/GO 48.984

PJe
Assinado eletronicamente por: MARCELO JOSE BORGES - Juntado em: 22/03/2024 18:03:52 - a6eee58
https://pje.trt18.jus.br/pjekz/validacao/24032218035011400000062741529?instancia=1
Número do processo: 0011067-12.2023.5.18.0201
Número do documento: 24032218035011400000062741529

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 18ª REGIÃO
POSTO AVANÇADO DE PORANGATU
ATOrd 0011067-12.2023.5.18.0201
AUTOR: RENATO MACEDO CRUZ
RÉU: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

DECISÃO

Trata-se de execução trabalhista conduzida por **RENATO MACEDO CRUZ** em desfavor de **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAUDE – IAGS.**

Na interlocutória de IDs a6eee58, as partes entabularam acordo.

O reclamado se comprometeu a pagar, em favor do reclamante, a quantia de **R$ 17.475,99,** dividida em 7 parcelas iguais, e em favor do causídico do reclamante a quantia de **R$ 1.106,09** por ocasião do pagamento da 1ª prestação da avença.

Estipularam a multa de 50% em caso de inadimplemento e a garantia de que haverá integralização do FGTS e pagamento da indenização de 40%, no prazo de 15 dias.

Conforme previsão do artigo 764, *caput,* da CLT, os dissídios individuais ou coletivos submetidos à apreciação da Justiça do Trabalho serão sempre sujeitos à conciliação, sendo que, no caso de conciliação, o termo que for lavrado valerá como decisão irrecorrível, salvo para a Previdência Social quanto às contribuições que lhe forem devidas (artigo 831, parágrafo único, da CLT).

Nesse diapasão, homologo a transação firmada entre as partes no ID a6eee58.

Cumprido o acordo ou transcorridos 10 (dez) dias corridos do vencimento da derradeira parcela, em **27/09/2024,** no silêncio das partes, arquivem-se os autos. Caso contrário, execute-se.

Concedo ao reclamado o prazo de 10 dias úteis para realizar o pagamento das contribuições previdenciárias, no valor de **R$ 449,95,** e das custas processuais, no valor de **R$ 589,17,** sob pena de execução (conta de liquidação no ID 4ae84aa), nos termos da transação de ID a6eee58.

Intimem-se as partes.

PJe Assinado eletronicamente por: CAROLLINE REBELLATO SANCHES PIOVESAN - Juntado em: 01/04/2024 10:40:12 - 295c96e

CST

PORANGATU/GO, 01 de abril de 2024.

CAROLLINE REBELLATO SANCHES PIOVESAN
Juíza do Trabalho Substituta

Assinado eletronicamente por: CAROLLINE REBELLATO SANCHES PIOVESAN - Juntado em: 01/04/2024 10:40:12 - 295c96e
Certificado por TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 18 REGIAO:02395868000163
https://pje.trt18.jus.br/pjekz/validacao/24040108330964500000062851466?instancia=1
Número do processo: 0011067-12.2023.5.18.0201
Número do documento: 24040108330964500000062851466

2. DESPESAS ADMINISTRATIVAS

G3312909223333471
29/07/2024 09:27:55

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.27.53
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio OI S.A.(PR)		
Codigo de Barras	84620000000-4	34830020119-4
	36549420240-8	40114400126-0
Data do pagamento		26/07/2024
Valor em Dinheiro		34,83
Valor em Cheque		0,00
Valor Total		34,83

DOCUMENTO: 072608
AUTENTICACAO SISBB: B.70B.1B1.F2E.66A.F7D

OI FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

Fatura de Serviços de Telecomunicações

CTC JAGUARE SPM PL22
MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV GOIAS 00000
S CENTRAL
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683870000035538001246310804 24

Fatura: 2404.017509513
Contrato Agrupador: 119.365.494-4 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	26,97
SERVICOS OI	**26,97**
ITENS FINANCEIROS	7,86
DOCUMENTO FINANCEIRO	**7,86**
Valor a pagar	**34,83**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/05/2024**
Valor de sua conta: **34,83**

Número de seu telefone: 62 3364 2027
Mês de referência: abril 2024
Período: 02/03/2024 a 01/04/2024
Data de emissão: 06/04/2024

00100982

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

OI FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Número do Telefone: 62 3364 2027
Número da Fatura: 2404.017509513
Sequencial: 119365494 202404 01144

Data de Vencimento	**10/05/2024**
Valor a pagar:	**34,83**

Nº Identificador para Débito Automático: 119.365.494-4

84620000000 4 34830020119 4 36549420240 8 40114400126 0

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.27.53
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio OI S.A.(PR)		
Codigo de Barras	84640000000-2	33460020113-4
	38421720240-5	40115100126-0
Data do pagamento		26/07/2024
Valor em Dinheiro		33,46
Valor em Cheque		0,00
Valor Total		33,46

DOCUMENTO: 072610
AUTENTICACAO SISBB: A.750.D7F.6C9.B33.2BD

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

Fatura de Serviços de Telecomunicações

CTC JAGUARE SPM PL22
MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV JOSE P NASCIMENTO 03851 LT0
S ALTO ALEGRE
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683950000050058000885311504 24

Fatura: 2404.017514538
Contrato Agrupador: 113.384.217-5 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	27,18
SERVICOS OI	**27,18**
ITENS FINANCEIROS	6,28
DOCUMENTO FINANCEIRO	**6,28**
Valor a pagar	**33,46**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/06/2024**
Valor de sua conta: **33,46**

Número de seu telefone: 62 3977 7127
Mês de referência: abril 2024
Período: 06/03/2024 a 05/04/2024
Data de emissão: 09/04/2024

00100724

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

Número do Telefone: 62 3977 7127
Número da Fatura: 2404.017514538
Sequencial: 113384217 202404 01151

Data de Vencimento **10/06/2024**
Valor a pagar: **33,46**

Nº Identificador para Débito Automático: 113.384.217-5

84640000000 2 33460020113 4 38421720240 5 40115100126 0

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.27.53
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio	OI S.A.(PR)	
Codigo de Barras	84600000000-6	35430020113-5
	38321820240-6	40118900126-6
Data do pagamento		26/07/2024
Valor em Dinheiro		35,43
Valor em Cheque		0,00
Valor Total		35,43

DOCUMENTO: 072609
AUTENTICACAO SISBB: B.1F1.E76.ACB.41D.E6D

Fatura de Serviços de Telecomunicações

FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

CTC JAGUARE SPM PL22

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV JOSE P NASCIMENTO 03851 AN00
S ALTO ALEGRE
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683950000050058000884311504 24

Fatura: 2404.017514537
Contrato Agrupador: 113.383.218-8 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	26,93
SERVICOS LOCAIS HORARIO NORMAL	0,00
CHAMADAS LOCAIS PARA FIXO	1,16
MEDIA DE CHAMADAS LOCAIS PARA FIXO	0,00
SERVICOS OI	**28,09**
ITENS FINANCEIROS	7,34
DOCUMENTO FINANCEIRO	**7,34**
Valor a pagar	**35,43**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/06/2024**
Valor de sua conta: **35,43**

Número de seu telefone: 62 3977 7122
Mês de referência: abril 2024
Período: 06/03/2024 a 05/04/2024
Data de emissão: 09/04/2024

00100723

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

Número do Telefone: 62 3977 7122
Número da Fatura: 2404.017514537
Sequencial: 113383218 202404 01189

Data de Vencimento	**10/06/2024**
Valor a pagar:	**35,43**

Nº Identificador para Débito Automático: 113.383.218-8

84600000000 6 35430020113 5 38321820240 6 40118900126 6

G3312909223333471
29/07/2024 09:28:49

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.28.46
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio	OI S.A.(PR)	
Codigo de Barras	84690000000-7	82220020119-9
	36549420240-8	50114900126-2
Data do pagamento		26/07/2024
Valor em Dinheiro		82,22
Valor em Cheque		0,00
Valor Total		82,22

DOCUMENTO: 072601
AUTENTICACAO SISBB: 3.795.689.A55.348.F0A

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

Fatura de Serviços de Telecomunicações

CTC JAGUARE SPM PL22
MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV GOIAS 00000
S CENTRAL
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683870000027179001163310905 24

Fatura: 2405.017579847
Contrato Agrupador: 119.365.494-4 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	80,90
SERVICOS OI	**80,90**
ITENS FINANCEIROS	1,32
DOCUMENTO FINANCEIRO	**1,32**
Valor a pagar	**82,22**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/06/2024**
Valor de sua conta: **82,22**

Número de seu telefone: 62 3364 2027
Mês de referência: maio 2024
Período: 02/04/2024 a 01/05/2024
Data de emissão: 06/05/2024

00100923

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Número do Telefone: 62 3364 2027
Número da Fatura: 2405.017579847
Sequencial: 119365494 202405 01149

Data de Vencimento **10/06/2024**
Valor a pagar: **82,22**

Nº Identificador para Débito Automático: 119.365.494-4

84690000000 7 82220020119 9 36549420240 8 50114900126 2

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.28.46
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio OI S.A.(PR)
Codigo de Barras 84640000000-2 58970020113-2
38421720240-5 50115600126-2
Data do pagamento 26/07/2024
Valor em Dinheiro 58,97
Valor em Cheque 0,00
Valor Total 58,97

DOCUMENTO: 072602
AUTENTICACAO SISBB: 4.B15.106.891.B96.88C

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

Fatura de Serviços de Telecomunicações

CTC JAGUARE SPM PL22
MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV JOSE P NASCIMENTO 03851 LT0
S ALTO ALEGRE
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683950000038165000815311305 24

Fatura: 2405.017584581
Contrato Agrupador: 113.384.217-5 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	58,25
SERVICOS OI	**58,25**
ITENS FINANCEIROS	0,72
DOCUMENTO FINANCEIRO	**0,72**
Valor a pagar	**58,97**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/06/2024**
Valor de sua conta: **58,97**

Número de seu telefone: 62 3977 7127
Mês de referência: maio 2024
Período: 06/04/2024 a 05/05/2024
Data de emissão: 09/05/2024

00100655

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

Número do Telefone: 62 3977 7127
Número da Fatura: 2405.017584581
Sequencial: 113384217 202405 01156

Data de Vencimento	**10/06/2024**
Valor a pagar:	**58,97**

Nº Identificador para Débito Automático: 113.384.217-5

84640000000 2 58970020113 2 38421720240 5 50115600126 2

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.28.47
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio OI S.A.(PR)		
Codigo de Barras	84640000000-2	58510020113-6
	38321820240-6	50118300126-9
Data do pagamento		26/07/2024
Valor em Dinheiro		58,51
Valor em Cheque		0,00
Valor Total		58,51

DOCUMENTO: 072603
AUTENTICACAO SISBB: 7.388.E68.9F5.FF5.058

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

Fatura de Serviços de Telecomunicações

CTC JAGUARE SPM PL22
MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV JOSE P NASCIMENTO 03851 AN00
S ALTO ALEGRE
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683950000038165000814311305 24

Fatura: 2405.017584580
Contrato Agrupador: 113.383.218-8 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	57,71
SERVICOS OI	**57,71**
ITENS FINANCEIROS	0,80
DOCUMENTO FINANCEIRO	**0,80**
Valor a pagar	**58,51**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/06/2024**
Valor de sua conta: **58,51**

Número de seu telefone: 62 3977 7122
Mês de referência: maio 2024
Período: 06/04/2024 a 05/05/2024
Data de emissão: 09/05/2024

00100654

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Número do Telefone: 62 3977 7122
Número da Fatura: 2405.017584580
Sequencial: 113383218 202405 01183

84640000000 2 58510020113 6 38321820240 6 50118300126 9

Data de Vencimento **10/06/2024**
Valor a pagar: **58,51**

Nº Identificador para Débito Automático: 113.383.218-8

G3312909223333471
29/07/2024 09:30:04

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.30.02
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio	OI S.A.(PR)	
Codigo de Barras	84620000000-4	80900020119-8
	36549420240-8	60114300126-6
Data do pagamento		26/07/2024
Valor em Dinheiro		80,90
Valor em Cheque		0,00
Valor Total		80,90

DOCUMENTO: 072604
AUTENTICACAO SISBB: 3.FEE.FEE.AE3.1D1.DB9

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

Fatura de Serviços de Telecomunicações

CTC JAGUARE SPM PL22
MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV GOIAS 00000
S CENTRAL
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683870000021748001120311006 24

Fatura: 2406.017646974
Contrato Agrupador: 119.365.494-4 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	80,90
SERVICOS OI	**80,90**
Valor a pagar	**80,90**

Quando esta conta foi emitida, existia(m) débito(s) pendente(s) – veja no final da fatura.
Atenção: o pagamento desta conta não quita débitos anteriores.

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/07/2024**
Valor de sua conta: **80,90**

Número de seu telefone: 62 3364 2027
Mês de referência: junho 2024
Período: 02/05/2024 a 01/06/2024
Data de emissão: 06/06/2024

00100856

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

Número do Telefone: 62 3364 2027
Número da Fatura: 2406.017646974
Sequencial: 119365494 202406 01143

Data de Vencimento	10/07/2024
Valor a pagar:	**80,90**

Nº Identificador para Débito Automático: 119.365.494-4

84620000000 4 80900020119 8 36549420240 8 60114300126 6

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.30.02
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio OI S.A.(PR)
Codigo de Barras 84650000000-1 58250020113-9
38421720240-5 60115000126-6
Data do pagamento 26/07/2024
Valor em Dinheiro 58,25
Valor em Cheque 0,00
Valor Total 58,25

DOCUMENTO: 072606
AUTENTICACAO SISBB: 6.C77.43C.F60.D1C.2FE

Fatura de Serviços de Telecomunicações

FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

CTC JAGUARE SPM PL22

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV JOSE P NASCIMENTO 03851 LT0
S ALTO ALEGRE
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683950000031656000789311306 24

Fatura: 2406.017651514
Contrato Agrupador: 113.384.217-5 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	58,25
SERVICOS OI	**58,25**
Valor a pagar	**58,25**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/07/2024**
Valor de sua conta: **58,25**

Número de seu telefone: 62 3977 7127
Mês de referência: junho 2024
Período: 06/05/2024 a 05/06/2024
Data de emissão: 09/06/2024

00100640

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Número do Telefone: 62 3977 7127
Número da Fatura: 2406.017651514
Sequencial: 113384217 202406 01150

Data de Vencimento	**10/07/2024**
Valor a pagar:	**58,25**

Nº Identificador para Débito Automático: 113.384.217-5

84650000000 1 58250020113 9 38421720240 5 60115000126 6

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.30.02
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

Convenio OI S.A.(PR)		
Codigo de Barras	84600000000-6	58250020113-9
	38321820240-6	60118800126-2
Data do pagamento		26/07/2024
Valor em Dinheiro		58,25
Valor em Cheque		0,00
Valor Total		58,25

DOCUMENTO: 072607
AUTENTICACAO SISBB: 7.6DD.B1B.6F7.04B.315

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

OI FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

Fatura de Serviços de Telecomunicações

CTC JAGUARE SPM PL22
MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
AV JOSE P NASCIMENTO 03851 AN00
S ALTO ALEGRE
76590-000 S MIG ARAGUAIA - GO

00761683950000031656000788311306 24

Fatura: 2406.017651513
Contrato Agrupador: 113.383.218-8 - 1ª Via

Demonstrativo da fatura	Valor (R$)
SERVICOS MENSAIS	57,71
SERVICOS LOCAIS HORARIO NORMAL	0,00
CHAMADAS LOCAIS PARA FIXO	0,54
MEDIA DE CHAMADAS LOCAIS PARA FIXO	0,00
SERVICOS OI	**58,25**
Valor a pagar	**58,25**

Oi,

Só a Oi tem móvel, banda larga, fixo, DDD e muito mais. E sua empresa só tem a ganhar: **os benefícios continuam os mesmos e, em breve, você terá muitas novidades. Aguarde.**
Mais informações? Acesse www.oi.com.br ou fale com seu Consultor.

Data de vencimento: **10/07/2024**
Valor de sua conta: **58,25**

Número de seu telefone: 62 3977 7122
Mês de referência: junho 2024
Período: 06/05/2024 a 05/06/2024
Data de emissão: 09/06/2024

00100639

Pag.Ini.Doc - 1 / Pag.Fin.Doc - 4

OI FIXO

OI S.A. – EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
ROD. BR 153 - S/N - KM 06 - PARTE – VILA REDENÇÃO
CEP 74845-060 - Goiânia – GO
CNPJ Matriz: 76.535.764/0001-43
CNPJ: 76.535.764/0328-51 I.E: 10.325.318-1

MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Número do Telefone: 62 3977 7122
Número da Fatura: 2406.017651513
Sequencial: 113383218 202406 01188

Data de Vencimento	**10/07/2024**
Valor a pagar:	**58,25**

Nº Identificador para Débito Automático: 113.383.218-8

84600000000 6 58250020113 9 38321820240 6 60118800126 2

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 1.082-3

FAVORECIDO: S.D DE MEDEIROS E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 06.267.227/0001-84
VALOR: R$ 90,00
DEBITO EM: 08/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070802
AUTENTICACAO SISBB: 3.24C.110.18C.328.CDA

Nota Fiscal de Serviço de Comunicação-Mod 21

S.D DE MEDEIROS & CIA LTDA
CPF/CNPJ: 06.267.227/0001-84
IE/RG: 10.375.531-4
Fone: (62) 3364-2984 SAC: 62-982939381
Av. José Nascimento, 2914 - Centro
CEP: 76590-000 - São Miguel do Araguaia/GO
E-mail: sannet.sma@gmail.com - Site: sannettelecom.com.br

Nota fiscal Nº
000.130.120
Série 00U - Via 1 - Folha 1/1

Conta contrato **000005503**

Destinatário:
4209 - INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
CPF/CNPJ: 27.949.878/0002-05 **IE/RG:** ISENTO
AV PERNAMBUCO, 219 QD 19 SALA DIRETORIA - SETOR ELIZIARIO
São Miguel do Araguaia / Estado de Goiás CEP: 76590-000
Tipo de cliente: Comercial

Contato Anatel: 1331 ou 1332 para pessoas com deficiências auditivas

CFOP	Natureza da operação
5303	**Prestação de serviço de comunicação a estabelecimento comercial**

Base de cálculo do ICMS	Alíquota	Valor do ICMS	Valor do FUST	Valor do FUNTTEL	Período da Prestação	Data da Emissão
0,00	0	0,00	0,00	0,00	de 01/06/2024 até 31/07/2024	01/07/2024

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	V. UNIT.	TOTAL
FIBRA 400 MB SMA	1	90,00	90,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 90,00

Informações complementares
ID título referência - 376941

Reservado ao fisco
AUTENTICAÇÃO DIGITAL: A4C0.D6EE.98EA.222A.719E.DDBC.D686.5880

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/v/backoffice/public/validar-assinatura-digital informando o código 14795 e o código verificador 2059.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648 X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 1.082-3

FAVORECIDO: S.D DE MEDEIROS E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 06.267.227/0001-84
VALOR: R$ 90,00
DEBITO EM: 08/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070801
AUTENTICACAO SISBB: 7.D6D.417.E72.1A3.BE6

Nota Fiscal de Serviço de Comunicação-Mod 21

S.D DE MEDEIROS & CIA LTDA
CPF/CNPJ: 06.267.227/0001-84
IE/RG: 10.375.531-4
Fone: (62) 3364-2984 SAC: 62-982939381
Av. José Nascimento, 2914 - Centro
CEP: 76590-000 - São Miguel do Araguaia/GO
E-mail: sannet.sma@gmail.com - Site: sannettelecom.com.br

Nota fiscal Nº

000.130.263

Série 00U - Via 1 - Folha 1/1

Conta contrato **000010560**

Destinatário:

4209 - INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

CPF/CNPJ: 27.949.878/0002-05 **IE/RG:** ISENTO

AV PERNAMBUCO, 219 QD 19 SALA DIRETORIA - SETOR ELIZIARIO

São Miguel do Araguaia / Estado de Goiás CEP: 76590-000

Tipo de cliente: Comercial

Contato Anatel: 1331 ou 1332 para pessoas com deficiências auditivas

CFOP	Natureza da operação
5303	Prestação de serviço de comunicação a estabelecimento comercial

Base de cálculo do ICMS	Alíquota	Valor do ICMS	Valor do FUST	Valor do FUNTTEL	Período da Prestação	Data da Emissão
0,00	0	0,00	0,00	0,00	de 01/07/2024 até 31/07/2024	01/07/2024

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	V. UNIT.	TOTAL
FIBRA 400 MB SMA	1	90,00	90,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS **90,00**

Informações complementares
ID título referência - 377091

Reservado ao fisco
AUTENTICAÇÃO DIGITAL: 9358.377C.E505.6E0A.DC31.AEDB.9A6E.C3FF

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.voxdigital.com.br/shaklee/public/validar-assinatura-anexo informando o código 14796 e o código verificador 2058.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 1.082-3

FAVORECIDO: S.D DE MEDEIROS E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 06.267.227/0001-84
VALOR: R$ 160,00
DEBITO EM: 08/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070803
AUTENTICACAO SISBB: B.43C.072.31D.19B.4F9

S.D DE MEDEIROS & CIA LTDA

NOTA DÉBITO
Nº: 22397
Série: U

Emissão: 01/07/2024
Referência: Julho/2024
Contrato: 5503

Endereço do Prestador

Av Jose Nascimento, 2914 - Centro
CEP:76590-000, São Miguel do Araguaia, GO
CNPJ: 06.267.227/0001-84 / **IE:** 10.375.531-4
Site: sannettelecom.com.br / **Telefone:** (62) 3364-2984

Tomador:

4209 - INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

CPF/CNPJ: 27.949.878/0002-05 **IE/RG:** ISENTO
Endereço: AV PERNAMBUCO, 219 QD 19 SALA DIRETORIA - SETOR ELIZIARIO, SETOR ELIZIARIO, São Miguel do Araguaia, GO, 76590-000

Descrição	Contrato	Valor Unitário	Qtde.	Valor Liquido
LOC. EQUIP. DE TELECOMUNICACAO	5503	R$ 60,00	1,00	R$ 60,00
IP FIXO	5503	R$ 100,00	1,00	R$ 100,00

Valor Total: R$ 160,00

Observações: 1. Desobrigado da emissão de Nota Fiscal por não se tratar de prestação de serviços elencada na Lei nº 116/03.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtualmic/public/validar-assinatura-anexo informando o código 14797 e o código verificador 2058.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSPERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 1.082-3

FAVORECIDO: S.D DE MEDEIROS E CIA LTDA
CPF/CNPJ: 06.267.227/0001-84
VALOR: R$ 60,00
DEBITO EM: 06/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070804
AUTENTICACAO SISBB: D.57A.56E.C17.C34.ACF

S.D DE MEDEIROS & CIA LTDA

NOTA DÉBITO
Nº: 22521
Série: U

Emissão: 01/07/2024
Referência: Julho/2024
Contrato: 10560

Endereço do Prestador

Av Jose Nascimento, 2914 - Centro
CEP:76590-000, São Miguel do Araguaia, GO
CNPJ: 06.267.227/0001-84 / **IE:** 10.375.531-4
Site: sannettelecom.com.br / **Telefone:** (62) 3364-2984

Tomador:

4209 - INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

CPF/CNPJ: 27.949.878/0002-05 **IE/RG:** ISENTO
Endereço: AV PERNAMBUCO, 219 QD 19 SALA DIRETORIA - SETOR ELIZIARIO, SETOR ELIZIARIO, São Miguel do Araguaia, GO, 76590-000

Descrição	Contrato	Valor Unitário	Qtde.	Valor Liquido
LOC. EQUIP. DE TELECOMUNICACAO	10560	R$ 60,00	1,00	R$ 60,00

Valor Total: R$ 60,00

Observações: 1. Desobrigado da emissão de Nota Fiscal por não se tratar de prestação de serviços elencada na Lei nº 116/03.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade desse documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 14798 e o código verificador 2058.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14:16:34
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 9
CONTA: 92.727.530-5

FAVORECIDO: FABIANA MOREIRA GOMES SANTOS SILVA
CPF/CNPJ: 028.790.481-41
VALOR: R$ 400,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071227
AUTENTICACAO SISBB: 6.24F.C94.58B.582.426

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: FABIANA MOREIRA GOMES SANTOS SILVA

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem: GOIANIA

Data de Ida: 17/06/2024

Horário de Ida: 07:00

Cidade de Destino: SAO MIGUEL DO ARAG

Data de Retorno: 20/06/2024

Horário de Retorno: 22:00

Finalidade da Viagem: ACOMPANHAMENTO DE INVENTÁRIO DE ESTOQUE, CONFERENCIA DE LANÇAMENTOS SISTEMA REFERENTE A ESTOQUE, ORIENTAÇÕES SOBRE CONTROLE DE ESTOQUE.

4) DIÁRIAS

Modalidade	Quantidade	Valor em R$ por diária	Total em R$
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	4	100,00 (São Miguel do Araguaia)	R$ 400,00
Pernoite			R$ 0,00
		Valor Total:	R$ 400,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ⊙ Não

Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00

Valor Total de Diárias: R$ 400,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ○ Veículo próprio
- ○ Avião
- ○ Ônibus
- ⊙ Veículo do IAGS
- ○ Outros

* **Em caso de veículo próprio:** Quantidade de Km a ser indenizado: | Valor de indenização por km rodado: R$ 0,47 | Valor Total de Indenização: R$ 0,00

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ⊙ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 400,00	−	R$ 0,00	=	R$ 400,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 0,00	−	R$ 0,00	=	R$ 0,00

Valor total para reembolso = R$ 400,00

Observações:

BANCO NUBANK
AG:0001
C/C: 92727530-5
CPF: 028.790.481-41

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 26/06/2024

Assinatura e Carimbo do Colaborador

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido

☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida em https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 14577 e o código verificador 2021.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.34
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.626-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 7140-4 - GOIANIA/AV.24 DE OUTUBRO
CONTA: 36.695-1

FAVORECIDO: KAROLINE FRANCA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 036.383.301-33
VALOR: R$ 300,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071229
AUTENTICACAO SISBB: F.09B.BB6.D9I.03D.9DC

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: KAROLINE FRANÇA DOS SANTOS

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem: GOIANIA
Data de Ida: 18/06/2024
Horário de Ida: 08:00
Cidade de Destino: SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Data de Retorno: 20/06/2024
Horário de Retorno: 22:00

Finalidade da Viagem: ACOMPANHAMENTO E APLICAÇÃO DE PROCESSOS E PROCEDIMENTOS NA UNIDADE DO HMAA; REUNIÕES INTERNAS E EXTERNAS.

4) DIÁRIAS

Modalidade	Quantidade	Valor em R$ por diária	Total em R$
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	3	100,00 (São Miguel do Araguaia)	R$ 300,00
Pernoite			R$ 0,00

Valor Total: R$ 300,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não

Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00

Valor Total de Diárias: R$ 300,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

○ Veículo próprio
○ Avião
○ Ônibus
◉ Veículo do IAGS
○ Outros

* **Em caso de veículo próprio:** Quantidade de Km a ser indenizado: | Valor de indenização por km rodado: R$ 0,47 | Valor Total de Indenização: R$ 0,00

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6)VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 300,00	−	R$ 0,00	=	R$ 300,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 0,00	−	R$ 0,00	=	R$ 0,00

Valor total para reembolso = R$ 300,00

Observações:

BANCO INTER (077)
CONTA: 5526805-6
AGÊNCIA:0001
PIX: 03638330133

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 26/06/2024

Assinatura e Carimbo do Colaborador

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido
☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vazdigital.com.br/#/usuario/publico/validar-assinatura-anexo informando o código 14578 e o código verificador 2021.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 29.677.043/0001-98
VALOR: R$ 200,00
DEBITO EM: 18/07/2024
==========
DOCUMENTO: 071804
AUTENTICACAO SISBB: A.3CD.DFF.722.CB1.504

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: Pedro Augusto N. Bastos Habeiana

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem: Goiânia
Data de Ida: 09/01/2024
Horário de Ida: 05:50
Cidade de Destino: São Miguel
Data de Retorno: 10/01/2024
Horário de Retorno: 19:30
Finalidade da Viagem: Reunião na Prefeitura e HMAA: Alinhamento e planejamento das Atividades Relacionado a gestão administrativa do HMAA

4) DIÁRIAS

Modalidade	Quantidade	Valor em R$ por diária	Total em R$
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	2	100,00	R$ 0,00
Pernoite			R$ 0,00
		Valor Total:	200,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não
Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00
Valor Total de Diárias: R$ 0,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

◉ Veículo próprio
○ Avião
○ Ônibus
○ Veículo do IAGS
○ Outros

* **Em caso de veículo próprio:** Quantidade de Km a ser indenizado: | Valor de indenização por km rodado: R$ 0,47 | Valor Total de Indenização: R$ 0,00

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 0,00	−	R$ 0,00	=	R$ 0,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 0,00	−	R$ 0,00	=	R$ 0,00

Valor total para reembolso = R$ 0,00

Observações:

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 12/01/2024
Assinatura e Carimbo do Colaborador:
Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato:

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido
☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 29.677.043/0001-98
VALOR: R$ 200,00
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071809
AUTENTICACAO SISBB: 2.8B6.6D5.0D1.E2F.9D3

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: Pedro Augusto N. Braga Habiaga

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem: Goiânia
Data de Ida: 24/08/2024
Horário de Ida: 07800
Cidade de Destino: São Miguel
Data de Retorno: 25/08/2024
Horário de Retorno: 20:00
Finalidade da Viagem: Reuniões na Procuradoria e HMAA: Para discutir questões relevantes à gestão e melhorias nos serviços hospitalares

4) DIÁRIAS

Modalidade	Quantidade	Valor em R$ por diária	Total em R$
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	2	100,00	R$ 0,00
Pernoite			R$ 0,00
		Valor Total:	200,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não
Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00
Valor Total de Diárias: R$ 0,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

◉ Veículo próprio
○ Avião
○ Ônibus
○ Veículo do IAGS
○ Outros

* **Em caso de veículo próprio:** Quantidade de Km a ser indenizado: | Valor de indenização por km rodado: R$ 0,47 | Valor Total de Indenização: R$ 0,00

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 0,00	−	R$ 0,00	=	R$ 0,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 0,00	−	R$ 0,00	=	R$ 0,00

Valor total para reembolso = R$ 0,00

Observações:

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 29/08/2024
Assinatura e Carimbo do Colaborador:
Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato:

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido
☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 29.677.043/0001-98
VALOR: R$ 200,00
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071814
AUTENTICACAO SISBB: 7.779.41F.E6C.E1B.FE7

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: PEDRO BARSI - BARSI ASSESSORIA ADMINISTRATIVA

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem: GOIANIA

Cidade de Destino: SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

Data de Ida: 09/04/2024

Data de Retorno: 11/04/2024

Horário de Ida: 08:00

Horário de Retorno: 19:00

Finalidade da Viagem: Reunião com a Prefeita, e com a equipe de líderes da unidade, para abordar questões críticas relacionadas à gestão da unidade.

4) DIÁRIAS

Modalidade	*Quantidade*	*Valor em R$ por diária*	*Total em R$*
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)	0		R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	2	100,00 (São Miguel do Araguaia)	R$ 200,00
Pernoite			R$ 0,00

Valor Total: R$ 200,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não

Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00

Valor Total de Diárias: R$ 200,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ○ Veículo próprio
- ○ Avião
- ○ Ônibus
- ◉ Veículo do IAGS
- ○ Outros

* **Em caso de veículo próprio:** Quantidade de Km a ser indenizado: | Valor de indenização por km rodado: R$ 0,47 | Valor Total de Indenização: R$ 0,00

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 200,00	−	R$ 0,00	=	R$ 200,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 0,00	−	R$ 0,00	=	R$ 0,00

Valor total para reembolso = R$ 200,00

Observações:

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 09/05/2024

Assinatura e Carimbo do Colaborador

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido

☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vazdigital.com.br/virtuallogic/public/validar-assinatura-anexo informando o código 10926 e o código verificador 1814.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 39.677.043/0001-98
VALOR: R$ 547,44
DEBITO EM: 16/07/2024

DOCUMENTO: 071806
AUTENTICACAO SISBB: 8.859.8C4.154.AC5.927

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: PEDRO BARSI - BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem:	GOIANIA	Cidade de Destino:	SAO MIGUEL DO ARAG
Data de Ida:	07/06/2024	Data de Retorno:	07/06/2024
Horário de Ida:	05:00	Horário de Retorno:	22:00

Finalidade da Viagem: REUNIÃO NA PREFEITURA, PARA DISCUTIR PROVISIONAMENTO DE REGULARIZAÇÃO DOS REPASSES.

4) DIÁRIAS

Modalidade	Quantidade	Valor em R$ por diária	Total em R$
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	1	100,00 (São Miguel do Araguaia)	R$ 100,00
Pernoite			R$ 0,00
		Valor Total:	R$ 100,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não

Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00

Valor Total de Diárias: R$ 100,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ◉ Veículo próprio
- ○ Avião
- ○ Ônibus
- ◉ Veículo do IAGS
- ○ Outros

* Em caso de veículo próprio:	Quantidade de Km a ser indenizado	Valor de indenização por km rodado	Valor Total de Indenização
	952	R$ 0,47	R$ 447,44

* Em caso de Avião/Ônibus: Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 100,00	−	R$ 0,00	=	R$ 100,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 447,44	−	R$ 0,00	=	R$ 447,44

Valor total para reembolso = R$ 547,44

Observações:

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 12/06/2024

Assinatura e Carimbo do Colaborador

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido

☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 15490 e o código verificador 2015.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 29.677.043/0001-98
VALOR: R$ 547,44
DEBITO EM: 18/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071807
AUTENTICACAO SISBB: 2.E13.1DC.9F8.9A3.B74

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: PEDRO BARSI - BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem:	GOIANIA	Cidade de Destino:	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Data de Ida:	09/06/2024	Data de Retorno:	10/06/2024
Horário de Ida:	19:00	Horário de Retorno:	12:00

Finalidade da Viagem: REUNIÃO NA PREFEITURA, PARA TRATAR DE ASSUNTOS REFERENTE À GESTÃO DA UNIDADE.

4) DIÁRIAS

Modalidade	Quantidade	Valor em R$ por diária	Total em R$
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	1	100,00 (São Miguel do Araguaia)	R$ 100,00
Pernoite			R$ 0,00
		Valor Total:	R$ 100,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não

Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00

Valor Total de Diárias: R$ 100,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ◉ Veículo próprio
- ○ Avião
- ○ Ônibus
- ○ Veículo do IAGS
- ○ Outros

* **Em caso de veículo próprio:**	Quantidade de Km a ser indenizado	Valor de indenização por km rodado	Valor Total de Indenização
	952	R$ 0,47	R$ 447,44

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 100,00	−	R$ 0,00	=	R$ 100,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 447,44	−	R$ 0,00	=	R$ 447,44

Valor total para reembolso = R$ 547,44

Observações:

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 26/06/2024

Assinatura e Carimbo do Colaborador

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido

☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida informando o código 15452 e o código verificador 2016. https://alcance.vazdigital.com.br/arquivo/publico/validar-assinatura-anexo

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 29.677.043/0001-98
VALOR: R$ 647,44
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071805
AUTENTICACAO SISBB: D.7A0.5C7.47F.3E0.1D1

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: PEDRO BARSI - BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem:	GOIANIA	Cidade de Destino:	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Data de Ida:	18/06/2024	Data de Retorno:	20/06/2024
Horário de Ida:	12:00	Horário de Retorno:	18:00

Finalidade da Viagem: REUNIÃO NA PREFEITURA, PARA TRATAR DE ASSUNTOS FINANCEIROS, REPASSES E PRESTAÇÕES DE CONTAS.

4) DIÁRIAS

Modalidade	*Quantidade*	*Valor em R$ por diária*	*Total em R$*
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	2	100,00 (São Miguel do Araguaia)	R$ 200,00
Pernoite			R$ 0,00
		Valor Total:	R$ 200,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não

Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00

Valor Total de Diárias: R$ 200,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ◉ Veículo próprio
- ○ Avião
- ○ Ônibus
- ○ Veículo do IAGS
- ○ Outros

* **Em caso de veículo próprio:**	Quantidade de Km a ser indenizado	Valor de indenização por km rodado	Valor Total de Indenização
	952	R$ 0,47	R$ 447,44

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 200,00	−	R$ 0,00	=	R$ 200,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 447,44	−	R$ 0,00	=	R$ 447,44

Valor total para reembolso = R$ 647,44

Observações:

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 26/06/2024

Assinatura e Carimbo do Colaborador

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido

☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vozdigital.com.br/studdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 15494 e o código verificador 2017.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.38
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 29.677.043/0001-98
VALOR: R$ 747,44
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071813
AUTENTICACAO SISBB: 1.AC5.7A4.38C.0D0.C37

FORMULÁRIO DE DESPESAS DE VIAGENS

Instituto Alcance

1) UNIDADE SOLICITANTE: Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA

2) DADOS DIRETORIA / COLABORADOR DO IAGS OU PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome: PEDRO BARSI - BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA

3) DADOS RELATIVOS À VIAGEM

Cidade de Origem:	GOIANIA	Cidade de Destino:	SAO MIGUEL DO ARAG
Data de Ida:	03/06/2024	Data de Retorno:	05/06/2024
Horário de Ida:	08:00	Horário de Retorno:	18:00

Finalidade da Viagem: REUNIÃO NA PREFEITURA. REUNIÕES NO HMAA COM OS GESTORES DE SETORPARA COMPANHAMENTO DO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.

4) DIÁRIAS

Modalidade	*Quantidade*	*Valor em R$ por diária*	*Total em R$*
1/2 Diária (Almoço ou Jantar)			R$ 0,00
Diária integral (Almoço e Jantar)	3	100,00 (São Miguel do Araguaia)	R$ 300,00
Pernoite			R$ 0,00

Valor Total: R$ 300,00

Obs:

Acréscimo de 25%? ○ Sim ◉ Não

Valor do acréscimo de 25%: R$ 0,00

Valor Total de Diárias: R$ 300,00

5) MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ◉ Veículo próprio
- ○ Avião
- ○ Ônibus
- ◉ Veículo do IAGS
- ◉ Outros

* **Em caso de veículo próprio:**	Quantidade de Km a ser indenizado	Valor de indenização por km rodado	Valor Total de Indenização
	952	R$ 0,47	R$ 447,44

* **Em caso de Avião/Ônibus:** Passagem fornecida pelo IAGS? ○ Sim ◉ Não

* Em caso negativo, qual o valor da passagem? R$ 0,00

6) VALOR PARA REEMBOLSO

Valor referente aos recibos e cupons fiscais de táxis, ubers, pedágios e demais gastos, listados no Anexo I. Valor: R$ 0,00

Valor Total de Diárias do Item 4		Valor Total de Diárias Antecipadas		Valor para reembolso da Diferença de Diárias
R$ 300,00	−	R$ 0,00	=	R$ 300,00

Valor Total Indenização do Item 5		Valor Total de Indenização Antecipado		Valor para reembolso da Diferença de Indenização
R$ 447,44	−	R$ 0,00	=	R$ 447,44

Valor total para reembolso = R$ 747,44

Observações:

7) ASSINATURAS E CARIMBO

Data da Prestação de Contas: 12/06/2024

Assinatura e Carimbo do Colaborador

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato

8) ANÁLISE CONTROLE INTERNO

☐ Deferido

☐ Indeferido

Assinatura e Carimbo do Controle Interno

9) ANÁLISE FINAL

Assinatura e Carimbo do Financeiro

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vozcloud.com.br/virtualdoc/public/validar=assinatura=anexo informando o código 15496 e o código verificador 2018.

26/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:57:37
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 26/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.006.402
VALOR TOTAL 402,55

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOTEL SAO MIGUEL LTDA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 6.402-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO C.BB6.88F.F8D.B70.47A

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000011359**
Data e Hora de Emissão	**24/05/2024 18:01:08**
Código de Verificação	**2397d2af**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, Nº: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás** Telefone: **62 39425940**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
HOSPEDAGEM	09.01.000	2,0000	207,5000	0,0000	415,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Aliquota	ISS
09.01.000 / HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTÉIS, APART-SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART-HOTÉIS, HOTÉIS RESIDÊNCIA, RESIDENCE-SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARÍTIMA, MOTÉIS, PENSÕES E CONGÊNERES; OCUPAÇÃO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALOR DA ALIMENTAÇÃO E GORJETA, QUANDO INCLUÍDO NO PREÇO DA DIÁRIA, FICA SUJEITO AO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS)	415,00	3,00	12,45
TOTAL DO ISS			12,45

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	415,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	12,45
(=) Valor Liquido	R$	402,55

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	415,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	415,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	415,00
(X) Aliquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	12,45

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
415,00	**0,00**	**416,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR

Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.

NFSe instituída Lei N
http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota

0000011359

Data e Hora de Emissão

24/05/2024 18:01:08

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, N°: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Valor R$	Total R$
2,0000	**HOSPEDAGEM**	207,50	415,00

Observação:

Serviço / Item-Serviço
-

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
415,00	**3,00**	**12,45**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do Imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 12,45.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

26/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:57:37
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 26/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.006.402
VALOR TOTAL 297,79
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOTEL SAO MIGUEL LTDA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 6.402-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO D.677.134.617.2FA.825

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota
0000011289
Data e Hora de Emissão
18/05/2024 10:28:44
Código de Verificação
8ba5

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, Nº: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás** Telefone: **62 39425940**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
HOSPEDAGEM	09.01.000	2,0000	153,5000	0,0000	307,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Aliquota	ISS
09.01.000 / HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTÉIS, APART-SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART-HOTÉIS HOTÉIS RESIDÊNCIA, RESIDENCE-SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARÍTIMA, MOTÉIS, PENSÕES E CONGÊNERES, OCUPAÇÃO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALOR DA ALIMENTAÇÃO E GORJETA, QUANDO INCLUÍDO NO PREÇO DA DIÁRIA, FICA SUJEITO AO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS)	307,00	3,00	9,21
TOTAL DO ISS			9,21

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	307,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	9,21
(=) Valor Liquido	R$	297,79

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	307,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	307,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	307,00
(X) Alíquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	9,21

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
307,00	**0,00**	**307,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS
NFSe instituída Lei N
http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota

0000011289

Data e Hora de Emissão

18/05/2024 10:28:44

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, Nº: 401, CENTRO, CEP: 76.690-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.690-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Valor R$	Total R$
2,0000	**HOSPEDAGEM**	153,50	307,00

Observação

Serviço / Item-Serviço
-

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
307,00	**3,00**	**9,21**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do Imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 9,21.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

26/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:57:37
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 26/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.006.402
VALOR TOTAL 422,92

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOTEL SAO MIGUEL LTDA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 6.402-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO A.B91.13C.A2E.03C.0C4

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	0000011434
Data e Hora de Emissão	06/06/2024 11:24:04
Código de Verificação	486d

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, N°: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Golás** Telefone: **62 39425940**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
HOSPEDAGEM	09.01.000	2,0000	218,0000	0,0000	436,0000

Observação
HÓSPEDE: PEDRO AUGUSTO BARSI

HÓSPEDE: PEDRO AUGUSTO BARSI

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Aliquota	ISS
09.01.000 / HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTÉIS, APART-SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART-HOTÉIS, HOTÉIS RESIDÊNCIA, RESIDENCE-SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARÍTIMA, MOTÉIS, PENSÕES E CONGÊNERES, OCUPAÇÃO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALOR DA ALIMENTAÇÃO E GORJETA, QUANDO INCLUÍDO NO PREÇO DA DIÁRIA, FICA SUJEITO AO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS).	436,00	3,00	13,08
TOTAL DO ISS			13,08

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	436,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	13,08
(=) Valor Líquido	R$	422,92

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	436,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Valor da Nota	R$	436,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	436,00
(X) Aliquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	13,08

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
436,00	**0,00**	**436,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída Lei N
http://www.sacmigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota	Data e Hora de Emissão
0000011434	06/06/2024 11:24:04

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, N°: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Golás**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Valor R$	Total R$
2,0000	**HOSPEDAGEM**	218,00	436,00

Observação
HÓSPEDE: PEDRO AUGUSTO BARSI

Serviço / Item-Serviço
-

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
436,00	**3,00**	**13,08**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do Imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 13,08.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

26/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:57:38
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 26/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.006.402
VALOR TOTAL 205,64
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOTEL SAO MIGUEL LTDA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 6.402-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 8.574.0C2.860.1E5.4B0

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	0000011464
Data e Hora de Emissão	11/06/2024 16:20:59
Código de Verificação	939657da

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO
Nome Fantasia: HOTEL SÃO MIGUEL
CNPJ: 00.071.970/0001-88 Inscrição Municipal: 301187600
Endereço: RUA 05, Nº: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000
Município: SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
CNPJ/CPF: 27.949.878/0002-05
Endereço: AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00
Município: SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás Telefone: 62 39425940
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
HOSPEDAGEM	09.01.000	1,0000	212,0000	0,0000	212,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Aliquota	ISS
09.01.000 / HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTÉIS, APART-SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART-HOTÉIS, HOTÉIS RESIDÊNCIA, RESIDENCE-SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARÍTIMA, MOTÉIS, PENSÕES E CONGÊNERES; OCUPAÇÃO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALOR DA ALIMENTAÇÃO E GORJETA, QUANDO INCLUÍDO NO PREÇO DA DIÁRIA, FICA SUJEITO AO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS).	212,00	3,00	6,36
TOTAL DO ISS			6,36

CNAE / Atividade Municipio
5510801 / HOTEIS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	212,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	6,36
(=) Valor Liquido	R$	205,64

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	212,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Valor da Nota	R$	212,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	212,00
(X) Aliquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	6,36

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
212,00	0,00	212,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída Lei N
http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/mualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 14549 e o código verificador 2016.

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota

0000011464

Data e Hora de Emissão

11/06/2024 16:20:59

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, Nº: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Valor R$	Total R$
1,0000	**HOSPEDAGEM**	212,00	212,00

Observação:

Serviço / Item-Serviço
-

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
212,00	**3,00**	**6,36**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do Imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 6,36.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vezdigital.com.br/virtualdoc/publico/validar-assinatura-anexo informando o código 14549 e o código verificador 2016.

26/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:57:37
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 26/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.006.402
VALOR TOTAL 398,67
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOTEL SAO MIGUEL LTDA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 6.402-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 3.356.8BE.C34.223.2FA

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	0000011562
Data e Hora de Emissão	21/06/2024 16:10:54
Código de Verificação	9276

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscnção Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, N°: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás** Telefone: **62 39425940**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
HOSPEDAGEM	09.01.000	1,0000	411,0000	0,0000	411,0000

Observação: HOSPEDAGEM REFERENTE A ESTADIA DE PEDRO AUGUSTOS BARSI.

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Aliquota	ISS
09.01.000 / HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTÉIS, APART-SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART-HOTÉIS, HOTÉIS RESIDÊNCIA, RESIDENCE-SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARÍTIMA, MOTÉIS, PENSÕES E CONGÊNERES; OCUPAÇÃO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALOR DA ALIMENTAÇÃO E GORJETA, QUANDO INCLUÍDO NO PREÇO DA DIÁRIA, FICA SUJEITO AO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS)	411,00	3,00	12,33
TOTAL DO ISS			12,33

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	411,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	12,33
(=) Valor Líquido	R$	398,67

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	411,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	411,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	411,00
(X) Aliquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	12,33

Serviço prestado em	Imposto Devido em	Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	411,00	0,00	411,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR

Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS
Esta Nota Fiscal Substitui a Nota N° 11561

NFSe instituida Lei N
http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota

0000011562

Data e Hora de Emissão

21/06/2024 16:10:54

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, N°: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Valor R$	Total R$
1,0000	**HOSPEDAGEM**	411,00	411,00

Observação: HOSPEDAGEM REFERENTE A ESTADIA DE PEDRO AUGUSTOS BARSI.

Serviço / Item-Serviço
-

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
411,00	**3,00**	**12,33**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do Imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 12,33.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura

26/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:57:38
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.626-X

DATA DA TRANSFERENCIA 26/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.006.402
VALOR TOTAL 743,02
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOTEL SAO MIGUEL LTDA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 6.402-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO A.D07.D16.CEC.BA4.F50

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	0000011564
Data e Hora de Emissão	21/06/2024 16:18:10
Código de Verificação	8ad7

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, N°: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás** Telefone: **62 39425940**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
HOSPEDAGEM	09.01.000	1,0000	766,0000	0,0000	766,0000

Observação: HOSPEDAGEM REFERENTE A ESTADIA DE FABIANA MOREIRA GOMES SANTOS SILVA E KAROLINE FRANÇA

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Aliquota	ISS
09.01.000 / HOSPEDAGEM DE QUALQUER NATUREZA EM HOTÉIS, APART-SERVICE CONDOMINIAIS, FLAT, APART-HOTÉIS, HOTÉIS RESIDÊNCIA, RESIDENCE-SERVICE, SUITE SERVICE, HOTELARIA MARITIMA, MOTÉIS, PENSÕES E CONGÊNERES; OCUPAÇÃO POR TEMPORADA COM FORNECIMENTO DE SERVIÇO (O VALOR DA ALIMENTAÇÃO E GORJETA, QUANDO INCLUÍDO NO PREÇO DA DIÁRIA, FICA SUJEITO AO IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS)	766,00	3,00	22,98
TOTAL DO ISS			22,98

CNAE / Atividade Municipio
5510801 / HOTEIS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	766,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	22,98
(=) Valor Liquido	R$	743,02

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	766,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	766,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	766,00
(X) Aliquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	22,98

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
766,00	0,00	766,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída Lei N
http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota

0000011564

Data e Hora de Emissão

21/06/2024 16:18:10

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **HOTEL SAO MIGUEL LTDA E OUTRO**
Nome Fantasia: **HOTEL SÃO MIGUEL**
CNPJ: **00.071.970/0001-88** Inscrição Municipal: **301187600**
Endereço: **RUA 05, N°: 401, CENTRO, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNAMBUCO, NR: 219, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76.590-00**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Golás**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Valor R$	Total R$
1,0000	**HOSPEDAGEM**	766,00	766,00

Observação: HOSPEDAGEM REFERENTE A ESTADIA DE FABIANA MOREIRA GOMES SANTOS SILVA E KAROLINE FRANÇA.

Serviço / Item-Serviço

CNAE / Atividade Município
5510801 / HOTEIS

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
766,00	**3,00**	**22,98**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 22,98.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 2512-7 - PA PLATAF CORPORATIVO GOIAS
CONTA: 2.115-0

FAVORECIDO: SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM IN
CPF/CNPJ: 03.783.850/0001-00
VALOR: R$ 812,88
DEBITO EM: 02/07/2024

DOCUMENTO: 070202
AUTENTICACAO SISBB: D.97F.B77.AA0.822.4FF

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.41
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 2512-7 - PA PLATAF CORPORATIVO GOIAS
CONTA: 2.115-0

FAVORECIDO: SERVICO NACIONAL DE APRENDIZAGEM IN
CPF/CNPJ: 03.783.850/0001-00
VALOR: R$ 812,88
DEBITO EM: 30/07/2024

DOCUMENTO: 073001
AUTENTICACAO SISBB: 5.665.E84.5A2.28A.05E

Unid - PRGT

Poder Judiciário
Justiça do Trabalho
Tribunal Regional do Trabalho da 18ª Região

Ação Civil Pública Cível 0010992-70.2023.5.18.0201

PARA ACESSAR O SUMÁRIO, CLIQUE AQUI

Processo Judicial Eletrônico

Data da Autuação: 02/09/2023
Valor da causa: R$ 720.000,00

Partes:
AUTOR: MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
RÉU: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
ADVOGADO: MARCELO JOSE BORGES

PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 18ª REGIÃO
Posto Avançado de Porangatu
ACPCiv 0010992-70.2023.5.18.0201
AUTOR(A): MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
RÉU(RÉ): INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

ATA DE AUDIÊNCIA

Em 6 de dezembro de 2023, na sala de sessões da Posto Avançado de Porangatu, sob a direção do(a) Exmo(a). Sr(a). Juiz(a) do Trabalho RANULIO MENDES MOREIRA, realizou-se audiência relativa à Ação Civil Pública Cível número 0010992-70.2023.5.18.0201, supramencionada.

Às 10h03min, aberta a audiência virtual, foram apregoadas as partes.

Presente a parte autora MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO, pessoalmente, representado pelo Procurador do Trabalho, Dr.. TIAGO RANIERI DE OLIVEIRA.

Presente a parte ré INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS, representado(a) pelo(a) preposto(a) Sr.(a) RONNIE MARCIO SILVA CABRAL, acompanhado(a) de seu(a) advogado(a), Dr(a). INGRID DEYARA E PLATON, OAB 23.921 /GO.

Presente o estudante de Direito, Sr.. Thiago César Poloniato Santana, CPF: 053.353.511-26, Matricula: 2019103767.

CONCILIAÇÃO:

O reclamado INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS pagará à autora, em troca de **quitação do postulado na inicial e do contrato de trabalho havido**, a quantia líquida de R$100.000,00, em quarenta parcelas, conforme discriminado a seguir:

1ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/01/2024.

2ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/02/2024.

3ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 04/03/2024.

4ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/04/2024.

5ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/05/2024.

6ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 03/06/2024.

7ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/07/2024.

8ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/08/2024.

9ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/09/2024.

10ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/10/2024.

11ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 04/11/2024.

12ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/12/2024.

13ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/01/2025.

14ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 03/02/2025.

15ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 03/03/2025.

16ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/04/2025.

17ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/05/2025.

18ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/06/2025.

19ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/07/2025.

20ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 04/08/2025.

21ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/09/2025.

22ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/10/2025.

23ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 03/11/2025.

24ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/12/2025.

25ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/01/2026.

26ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/02/2026.

27ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/03/2026.

28ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/04/2026.

29ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 04/05/2026.

30ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/06/2026.

31ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/07/2026.

32ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 03/08/2026.

33ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/09/2026.

Assinado eletronicamente por: RANULIO MENDES MOREIRA - lavrado em: 06/12/2023 12:04:03 - 1377ac0

34ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/10/2026.

35ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 03/11/2026.

36ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/12/2026.

37ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 04/01/2027.

38ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/02/2027.

39ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/03/2027.

40ª parcela, no valor de R$2.500,00, até 02/04/2027.

Os dados bancários são: Banco Caixa Econômica Federal, Agência: 2512, Operação: 003, Conta Corrente: 0002115-0, CNPJ: 03.783.850/0001-00, de titularidade do SENAI.

Para fins de controle, informa que o responsável no SENAI pelos valores destinados é o Sr. Paulo Vargas, CPF 037.237.201-53, Diretor Regional, sendo que a parte reclamada comprovará nos autos no prazo de 10 dias de cada vencimento de cada parcela, ficando registrado que os valores serão destinados a projeto social denominado "MAIS UM SEM DOR", feita em parceria entre o MPT, TRT 18ª Região OIT, sendo que a fiscalização da destinação dos valores será feita pelo autor.

Em caso de inconsistência dos dados bancários, deverá a reclamada fazer o depósito em juízo até o dia seguinte do vencimento.

Ainda como parte do acordo, a reclamada se compromete a cumprir as obrigações de fazer contidas na INICIAL, ficando avençado que as astreintes serão de R$ 1.000,00, em relação a cada trabalhador, diferentemente dos R$ 5.000,00, requeridos na petição inicial.

Cumprido o acordo, o reclamante dará geral e plena quitação pelo objeto da inicial, ficando estipulada multa de **100%** em caso de inadimplência ou mora, com a antecipação das parcelas vincendas.

Deverá o reclamante noticiar nos autos eventual descumprimento da avença em até 10 dias após o prazo de pagamento da última parcela. Ultrapassado o referido prazo *in albis*, considerar-se-á integralmente cumprido o acordo celebrado entre as partes.

As partes declaram que a transação é composta de 100% de parcelas de natureza indenizatória, correspondentes a indenização por danos morais coletivos (R$ 100.000,00), sobre a qual não há incidência de contribuição previdenciária.

ACORDO HOMOLOGADO.

PJe Assinado eletronicamente por: RANIELE MENDES MOREIRA - Juntado em: 06/12/2023 13:04:01 - 1372e0

Custas pelo reclamante no importe de R$ 2.000,00, calculadas sobre R$ 100.000,00, isentas na forma da lei.

A presente Ata de Audiência será assinada eletronicamente pelo(a) Juiz (íza) do Trabalho, ficando dispensada a assinatura física.

Deixa-se de dar ciência à União em face da Portaria Normativa PGF /AGU Nº 047, DE 07/07/2023, que dispensa a manifestação do referido órgão na cobrança das contribuições previdenciárias e imposto de renda retido na fonte devidos no processo judicial trabalhista quando o valor for igual ou inferior a R$ 40.000,00 (quarenta mil reais).

Cientes os presentes.

Cumprido o acordo, arquivem-se os autos.

Audiência encerrada às 10h46min.

RANULIO MENDES MOREIRA
Juiz(a) do Trabalho

Ata redigida por *FERNANDO RODRIGUES DA SILVEIRA, Secretário(a) de Audiência.*

PJe
Assinado eletronicamente por: RANULIO MENDES MOREIRA - Juntado em: 06/12/2023 12:04:03 - 1377a50
https://pje.trt18.jus.br/pjekz/validacao/23120611311542300000060784150?instancia=1
Número do processo: 0010992-70.2023.5.18.0201
Número do documento: 23120611311542300000060784150

Nº PROCESSO	PARTE	ACORDO
0010992-70.2023.5.18.0201	Ministerio Publico do Travalho	Valor total R$ 100.000,00 em 40 parcelas: 1ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/0112024. 2ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/02/2024. 3ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 04/03/2024. 4ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/04/2024. 5ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/05/2024. 6ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 03/06/2024. 7ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/07/2024. 8ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/08/2024. 9ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/09/2024. 10ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/10/2024. 11ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 04/1 1/2024 12ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/12/2024. 13ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/01/2025. 14ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 03/02/2025. 15ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 03/03/2025. 16ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/04/2025. 17ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/05/2025. 18ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/06/2025 19a parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/07/2025. 20ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 04/08/2025 21ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/09/2025. 22ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/10/2025. 23ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 03/11/2025. 24ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/12/2025. 25ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/01/2026. 26ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/02/2026. 27ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/03/2026. 28ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/04/2026. 29ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 04/05/2026. 30ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/06/2026. 31ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/07/2026. 32ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 03/08/2026. 33ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/09/2026. 34ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/10/2026. 35ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 03/11/2026. 36ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/12/2026 37ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 04/01/2027. 38ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/02/2027 39ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/03/2027. 40ª parcela, no valor de R$2.500,OO, até 02/04/2027.

18/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:20:35
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 18/07/2024
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.561
VALOR TOTAL 29.738,44
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648 X CONTA: 43.561-9
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 5.F23.D8A.698.6CA.5CE

RECIBO DE TRANFERENCIA DE VALOR REFERENTE RATEIO

INSTITTUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE – IAGS – FILIAL HMAA
CNPJ: 27.949.878/0002-05
ENDEREÇO: AV PERNAMBUCO, N 219, SETOR ELIZIÁRIO, SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO, CEP: 75690-000

É repassado, nesse momento ao Instituto Alcance Gestão em Saúde - Sede, CNPJ 27.949.878/0001-24 com endereço na Av T-10, n 208, Edificio New Times Square Urban Office, sala 1501, Setor Bueno, Goiânia-Go, CEP: 74.223-060, o valor de R$ 29.738,44 (Vinte e Nove Mil Setecentos e Trinta e Oito Reais e Quarenta e Quatro Centavos) referente a rateio de Dezembro/2023.

São Miguel do Araguaia-Go

18 de Julho de 2024.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.37
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0914-8 - PAC S GABRIEL DO OESTE MS
CONTA: 86.471-1

FAVORECIDO: JOSIVAN TAVARES DA SILVA
CPF/CNPJ: 45.698.365/0001-70
VALOR: R$ 7.000,00
DEBITO EM: 16/07/2024

DOCUMENTO: 071601
AUTENTICACAO SISBB: 1.B01.C71.BE9.2F5.702

RECEBEMOS DE JOSIVAN TAVARES DA SILVA	OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	VLR TOTAL NOTA 16.670,00	Nº 000000120 Série 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

JOSIVAN TAVARES DA SILVA

PARANA 226
SETOR ELIZIARIO
QUADRA 10LOTE P08
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
CEP: 76590000
Fone: (62)99669-2366
josivanarteemidia@outlook.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000000120
SÉRIE 1
FL 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
5224 0745 6983 6500 0170 5500 1000 0001 2010 0005 4002

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 DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO		152247768721466 15/07/24 10:27:42
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CPF/CNPJ
109078306		45.698.365/0001-70

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF / ID Estrangeiro	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS				27.949.878/0002-05	12/07/2024 15:35
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		COMPLEMENTO		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AVENIDA PERNAMBUCO 219	ELIZIARIO				12/07/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	CEP	HORA DE ENTRADA/SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62)3942-5940	GO		76590000	15:35:34

CÁLCULO DO IMPOSTO

BC ICMS	VALOR ICMS	BC ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBS	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16.670,00
VALOR FRETE	**VALOR SEGURO**	**VALOR DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**	**VALOR IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**16.670,00**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA	UF	CNPJ / CPF
	9-Sem ocorrência de transporte		-		
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	QTD.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
ITP16	FACHADA EM ACM/ ESTRUTURA DE FIXACAO/ LETRAS ACM	76061290	0102	5102	UN	1,0000	16.670,00	16.670,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
PROCESSO Nº 1100/2024 - CONTRATO DFG/ESTAG 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA DADOS BANCARIOS PARA PAGAMENTO: JOSIVAN TAVARES DA SILA CNPJ 45698365/0001-70 BANCO 748 COOPERATIVA 0914 CONTA 86471-1	

DATA E HORA DA IMPRESSÃO 15/07/24 10:27:45

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
31/07/2024 - AUTOATENDIMENTO - 14.16.31
3648X03648 0001

Comprovante Pix

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

PAGAMENTO VIA QR CODE

ID: E00000000202407021348468595611 69
CNPJ DO PAGADOR: 27.949.878/0002-05
VALOR: R$40,00
TARIFA: R$0,00
DATA: 02/07/2024 - 10:55:18
COD PRODUTO: regdom0000042117746x0000002342753

PAGO PARA: Nic Br
CNPJ: 5.506.560/0001-36
INSTITUICAO: 09089356 EFÍ S.A. - IP

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

Notificacao enviada em: 02/07/2024 - 10:55:19

DOCUMENTO: 070201
AUTENTICACAO SISBB: 8.372.C6A.302.098.48C

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

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

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

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

3. DESPESAS OPERACIONAIS

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.43
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 077 - BANCO INTER
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 8.837.343-6

FAVORECIDO: MAX CORREIA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE
CPF/CNPJ: 39.503.614/0001-21
VALOR: R$ 1.984,67
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071216
AUTENTICACAO SISBB: 4.089.CDA.D13.68E.D40

Instituto Alcance

Autos do Processo nº 5290376-90.2023.8.09.0143

JUSTIFICATIVA

O presente processo diz respeito à execução de títulos de crédito em desfavor da Unidade de São Miguel do Araguaia-GO (CNPJ 27.949.878/0002-05) e, de acordo com os autos, também inclui títulos vencidos da unidade de Porangatu-GO também gerida pelo Instituto Alcance Gestão Em Saúde – IAGS. No entanto, os títulos objeto da execução abrangem diferentes unidades, o que requer uma alocação justa dos valores devidos.

Em data de 11 de agosto, as partes envolvidas no processo celebraram um acordo com o objetivo de solucionar a questão. Entretanto, o acordo gerou um valor global para os títulos em questão, sem discriminar a qual unidade de saúde cada título pertencia. Isso criou a necessidade de calcular a dívida atribuída a cada unidade envolvida no processo. Segue abaixo tabela:

Número do Título	Notas Fiscais	Valor do Título	Valor Atualizado Conforme Acordo	Unidade
41108/1	52323	R$ 8.918,69	R$ 8.955,94	São Miguel do Araguaia
41942/1	53285	R$ 976,99	R$ 972,03	São Miguel do Araguaia
41943/1	53826	R$ 4.959,68	R$ 4.980,40	São Miguel do Araguaia
41988/1	53344	R$ 1.421,45	R$ 1.427,39	São Miguel do Araguaia
42114/1	53493	R$ 380,80	R$ 382,39	São Miguel do Araguaia
42115/1	53494	R$ 3.115,60	R$ 3.128,61	São Miguel do Araguaia
41337/1	52584	R$ 8.773,00	R$ 8.809,64	Porangatu
42480/1	53928	R$ 1.338,00	R$ 1.343,59	Porangatu

Parcelas Acordo	
São Miguel Do Araguaia	Porangatu
10x 1.984,68	10x 1.015,53

Conforme os cálculos efetuados pelo IAGS, ficou estabelecido que do valor total da dívida se refere à Unidade de São Miguel do Araguaia-GO à Unidade de Porangatu-GO, ambas geridas pelo INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE – IAGS. Essa proporção foi calculada com base na origem dos títulos e na responsabilidade de cada unidade quanto aos valores devidos.

Instituto Alcance

Goiânia-GO, 18 de outubro de 2023.

WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR:00469540150

Assinado de forma digital por WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR:00469540150
Dados: 2023.10.18 15:36:08 -03'00'

Instituto Alcance Gestão em Saúde – IAGS
Wesley de Abreu Silva Junior
Diretor Presidente

AO JUÍZO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Processo nº 5290376-90.2023.8.09.0143

C.A. DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI, nos autos da **AÇÃO DE EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL** que move em desfavor **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS**, vêm respeitosamente perante V. Exa. REQUERER a HOMOLOGAÇÃO do presente TERMO DE ACORDO, com fundamentos nos artigos 1694, §1º e 1696 do Código Civil Brasileiro, nos termos adiante expendidos:

Na presente oportunidade, informa que as partes chegaram à uma composição amigável, nos seguintes termos:

CLÁUSULA PRIMEIRA - O EXECUTADO irá efetuar o pagamento no valor de **R$ 30.000,00 (Trinta mil reais),** pagos da seguinte forma;

1ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Valor de entrada até 17/10/2023
2ª R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/11/2023
3ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/12/2023
4ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/01/2024
5ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/02/2024
6ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/03/2024
7ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/04/2024
8ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/05/2024
9ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/06/2024
10ª - R$3.000,00 (três mil reais) – Pagos até 17/07/2024

Lailson Silva Matta

Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.10.11 10:23:43 -03'00'

CLÁUSULA SEGUNDA - O pagamento será depositado diretamente na conta n. 8837343-6, Ag: 0001, Favorecido: Max Correia Sociedade Individual de Advocacia, CNPJ n. 395036140001-21, PIX: 395036140001-21.

CLÁUSULA TERCEIRA – Nos valores em questão já estão inclusos valores referente a honorários sucumbenciais e custas processuais.

Parágrafo 1º – Fica acordado que cada parte arcará com as despesas dos seus respectivos patronos (artigo 90, § 2º, do Código de Processo Civil).

CLÁUSULA QUARTA - Em caso de descumprimento da obrigação assumida pelo Executado será aplicada multa de 30% sobre o valor pendente de pagamento, além de 20% de honorários advocatícios sobre o valor total do acordo.

CLÁUSULA QUINTA - Por fim, REQUER que seja homologado o presente acordo, para que produza os seus efeitos jurídicos.

CLÁUSULA SEXTA – As partes requerem a isenção das custas processuais com fulcro no artigo 90, § 3º, do Código de Processo Civil.

CLÁUSULA SÉTIMA – As partes acordam que os eventuais protestos existentes em nome do INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE – IAGS, deverão ter suas respectivas baixas efetuadas mediante o fornecimento de Certidão de Anuência após o pagamento integral.

CLÁUSULA OITAVA - Após o cumprimento integral do acordo, REQUER o ARQUIVAMENTO do feito.

Nesses Termos.

Pede Deferimento.

Goiânia, 10 de outubro de 2023.

MAX PAULO CORREIA DE LIMA
OAB/GO 33.588
(C.A. Hospitalar)

Lailson Silva Matta

Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.10.11 10:24:24 -03'00'

Lailson Silva Matta

Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.10.11 10:24:49 -03'00'

LAILSON SILVA MATTA
OAB/GO 21866
(Instituto Alcance)

19/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 12:26:04
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 19/07/2024
NR. DOCUMENTO 554.148.000.041.297
VALOR TOTAL 2.006,50
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 41.297-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO B.F13.0AF.100.A29.DF9

NF-e Nº. 000.287.823 Série 001

RECEBEMOS DE SUPERMEDICA ESTER HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO E DO(S) PEDIDO(S) ABAIXO

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

SUPERMEDICA

SUPERMEDICA ESTER HOSPITALAR LTDA
RUA C 189 B 086 QD 297 LT 09/28/19/20
JARDIM AMERICA
GOIANIA - GO - CEP: 74.255-140
Telefone: (62) 3928-8989

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.287.823
Série 001
Folha 1 de 2

CHAVE DE ACESSO
5224 0706 0656 1400 0138 5500 1000 2878 2312 4762 7346

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	VENDA DE MERCADORIA ESTADUAL
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO	152247782872688 19/07/2024 07:36:24
INSCRIÇÃO ESTADUAL	106939750
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	
CNPJ	06.065.644/0001-38
RAZÃO SOCIAL/NOME	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
CNPJ/CPF	27.949.878/0002-05
DATA DA EMISSÃO	19/07/2024 07:20
ENDEREÇO	AV PERNAMBUCO N 219 QUADRA 19 SALA DA DIRETORIA
BAIRRO/DISTRITO	FUTURO
CEP	76.590-000
DATA DA SAÍDA/ENTRADA	19/07/2024
MUNICÍPIO	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
FONE/FAX	(62) 3911-9312
UF	GO
INSCRIÇÃO	ISENTO
HORA DA SAÍDA	

NÚMERO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
001	19/07/2024	2.000,50

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.055,22	200,50	0,00	0,00	2.000,50

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	2.000,50

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
DF TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA	0				11.038.793/0003-54

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD BR153 S/N QUADRACH LOTE AREA KM 5-5	GOIANIA	GO	105862410

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				20,000	20,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	VALIDADE	NCM/SH	CEST	CSOSN	UNID.	QUANT.	PREÇO	VALOR TOTAL	DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0019669	*DRAZEPAM 2G1 (40G 04/2M2 (BI) SANTANO (PAM) [Descrito de desenvolvimento 0] marca SANTISA	13903033	31/12/2025	30049064	530	5102	CX	1	0,00	100,8200	0,00	100,83	53,05	10,08	0,00	19,00	0,00
0019517	CAPTOPRIL 25MG C/50 CPR (05SN) [Descrito de desenvolvimento 0] marca HIPOLABOR	0/18/02/M	31/01/2025	30049039	020	5102	CX	1	0,00	11,5000	0,00	11,50	6,05	1,15	0,00	19,00	0,00
0019073	PROPRANOLOL 40MG C/500 CPR (SANTISA) [Descrito de desenvolvimento 0] marca HIPOLABOR	0101/07/M	31/03/2026	30049056	020	5102	CX	1	0,00	28,0720	0,00	28,07	14,76	2,80	0,00	19,00	0,00
0019033	ALCOOL 70D(ADO 0,1% H...] [Descrito de desenvolvimento 0] marca VIC PHARMA	M01241	31/07/2025	30049099	080	5405	UN	10	0,00	19,9000	0,00	228,00	140,52	27,84	0,00	12,00	0,00
0019957	CARVEDILOL 3,125MG C/30 CPR (ANSOPROTEC) [Descrito de desenvolvimento 0] marca HIPOLABS	001/02/003	31/01/2026	30049069	920	5102	CX	1	0,00	5,2670	0,00	35,07	6,87	1,31	0,00	19,00	0,00
0019955	DIETRONA SORDCA 80MG C/400 CPR (GUTH) [Descrito de desenvolvimento 0] marca GUILHERMARMA	039824	31/05/2026	30049059	020	5102	CX	1	0,00	73,6900	0,00	73,69	38,72	7,36	0,00	19,00	0,00
0019376	SACCHAROMYCES BOULARDII 100MG ADL/UED C/12 CPS (HEBRON) [Descrito de desenvolvimento 0] marca LEVEDAND	030935	30/04/2026	30049099	020	5102	CX	10	0,00	16,8432	0,00	168,43	88,58	16,85	0,00	19,00	0,00
0019614	SIMETICONA 4G/L 75MG/ML 15ML (HIPOLABOR) [Descrito de desenvolvimento 0] marca EMS	326041	31/03/2026	30049099	020	5102	CX	100	0,00	2,5710	0,00	257,40	135,41	25,75	0,00	19,00	0,00
0019589	SULFATO MAGNESIO 50% F/A 2X10G/10ML [Descrito de desenvolvimento 0] marca SAMTEC	9/41	30/04/2026	30049099	420	5102	CX	1	0,00	1.074,8188	0,00	1.074,82	565,23	107,48	0,00	19,00	0,00

Este documento foi gerado pela versão 4.00 da NF-e, disponibilizada em 15/07/2024 às 09:00:00 no ambiente de produção 1 - Produção Normal.

SUPERMÉDICA

SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA
RUA C 139 N 680 QD 297 LT 09/18/19/20
JARDIM AMERICA
GOIANIA/GO - CEP: 74.265-140
Telefone: (62) 3226-8300

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº 000.287.823
Série 001
Folha 2 de 2

CHAVE DE ACESSO
5224 0706 0656 1400 0138 5500 1000 2878 2312 4762 7346

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ESTADUAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247782872688 19/07/2024 07:26:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL
106039750

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
06.965.614/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

CÓD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST/OSN	CFOP	UNID	QUANT.	PREÇO	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00

VALOR DO FRETE
0,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
"OS MEDICAMENTOS QUE CONSTAM NESTA NOTA FISCAL FORAM ADQUIRIDOS DE FORMA LÍCITA E AUTÊNTICA, EM CONFORMIDADE COM O ART. 7º DA RDC 430 DE 08 DE OUTUBRO DE 2020".
A SUPERMEDICA NÃO AUTORIZA NENHUM DE SEUS REPRESENTANTES A RECEBER QUALQUER VALOR.
Reducao BC do ICMS conforme 2§ do artigo 8§ do anexo IX do RICMS/GO Reducao BC do ICMS conforme 2§ do artigo 8§ do anexo IX do RICMS/GO e artigo 85-A do RICMS/GO
PEDIDO 0244533 N NOTA 7677348 - Praca de Pagamento Aparecida de Goiania - Go. | DADOS BANCARIOS BANCO DO BRASIL, AG 4146-5 C/C 41 297-X
Nº DO PROCESSO 2165/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018, FUNDO MUNICIPAL DE SAUNDE SMA, ENTREGA AVENIDA PERNAMBUCO 76 990-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA/GO (62) 3911-9312
EMAIA

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi gerado pela versão de avaliação do software de emissão de documentos fiscais eletrônicos da Tecnospeed. A validade jurídica deste documento pode ser conferida no site https://maisnfe.tecnospeed.com.br/validador/validar-autenticidade-documento/

19/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:48:21
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43,826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 19/07/2024
NR. DOCUMENTO 553.370.000.006.158
VALOR TOTAL 1.488,35
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: MEDICAMENTAL H LTDA
AGENCIA: 3370-7 CONTA: 6.158-1
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

IDENTIFICADOR 1: 27.949.878/0002-05

NR.AUTENTICACAO D.3F7.A7F.367.AE6.999

RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 18/07/2024 VALOR TOTAL: R$ 1.488,35 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - AV PERNAMBUCO, 219 / QD19 SALA DA DIRETORIA ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe Nº. 000.015.623
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
RUA SANTA ROSA, 477 - - SALA B
JARDIM AMERICA - 75523-290
ITUMBIARA - GO Fone/Fax: 1635054900
www.medicamental.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.015.623
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0731 3782 8800 0247 5500 1000 0156 2311 4814 1786
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	152247781050363 - 18/07/2024 15:32:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
107820960		31.378.288/0002-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS			27.949.878/0002-05		18/07/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**		**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AV PERNAMBUCO, 219 - QD19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000		18/07/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	6239119312			16:32:00

FATURA / DUPLICATA

Num:	001
Venc:	18/07/2024
Valor	R$ 1.488,35

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC. ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
783,32	148,83	0,00	0,00	0,00	0,00	1.488,35
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**VALOR IMPORTAÇÃO**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.488,35

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
JME TRANSPORTES CARGAS E ENCOMENDAS LTDA	0-Remetente				10.425.665/0001-09
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
V ANEL VIARIO,001 MODULO 04 BLOCO C	APARECIDA DE GOIANIA			GO	104375655

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	Volumes			3,810	3,810

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST-FCP	ALIQ ICMS	EC
15652	HYPLEX B SOL INJ IV/IM C/100 AMP 2ML-HYPOFARMA O Lote: 23121542 Qt: 8 Val: 31/12/25	30039019	020	5102	CX	8	94,0000	752,00	395,78	75,20			19,00	
27757	RHOPHYLAC 300MCG INJ IV/IM SER PREENC 2ML+AGULHA/CSL BEHRING PMC: 405.32 Lote: P100533949 Qt: 3 Val: 12/01/26	30021239	720	5102	UN	3	245,4500	736,35	387,54	73,63			19,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte:
No PROPOSTA 161756
No DO PROCESSO 2165/2024-CONTRATO DE GESTAO 159/2018
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA.
DADOS BANCARIOS
Banco do Brasil
Ag. 3370-7
C/c. 6158-1
CNPJ: 31.378.288/0001-66 (Medicamental Hospitalar)
*Lembrando que a conta de origem deve estar vinculada ao CNPJ da Instituicao.
Obs.: PIX para pagamento em Hospitais:
Chave PIX é o nosso CNPJ (matriz) - 31.378.288/0001-66 - Banco do Brasil.
PD: 14811674-FICHAS 1/2.1 VOLUME(S), 2/2.1 VOLUME(S)
PEDIDO DE COMPRA PDC#161756#HUMA
ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br
AFE: AUTORIZ/MS: 1.18507.0
AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3
AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3
Inf. fisco
Valor Aprox Tributos Federal: R$ 214,91 Estadual: R$ 253,02 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
(A) Base calc.red.conf.art.8 inc.VIII e 2o-A anexo IX DEC.4852/97
ROTA: ROTA 002

RESERVADO AO FISCO

www.zeradi.com.br

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vuttidigital.com.br/validador/public/validar-assinatura-anexo informando o código 15865 e o código verificador 2165.

22/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 16:55:44
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 22/07/2024
NR. DOCUMENTO 554.148.000.033.339
VALOR TOTAL 6.085,60
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 33.339-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 0.A06.A9B.FD4.CDF.E95

RECEBEMOS DE **HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		**NF-e** **Nº. 0086102** **SÉRIE 3**
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Identificação do emitente
HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP
AV. OESTE S/N QUADRA 01 LOTE 03 ARMZ 02
PQ IN VC JOSE ALENCAR
APARECIDA DE GOIANIA – GO
CEP 74993-394 – 6240121199
WWW.HOSPDROGAS.COM.BR

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0086102 FL 1 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5224 0708 7749 0600 0175 5500 3000 0861 0213 4575 2729

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 OU RECEB TERCEIROS		152247784008702 19/07/2024 12:23:58
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
104153377		08.774.906/0001-75

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE (2388)			27.949.878/0002-05	19/07/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV PERNAMBUCO 219 QD 19 SL DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000	
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	6239119312	GO		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
001	19/07/2024	6.085,60						

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
3.523,24	669,42	0,00	0,00	6.085,60

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	6.085,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
TRANSPLEX TRANSP DE CARGAS E LOGISTICA	0 - Emitente				15.022.154/0001-51

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV ANTONIO ELIAS L. SANTOS, AREA L S/N QD	APARECIDA DE GOIANIA	GO	105311634

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
17,00	CAIXA	HOSPDROGAS		82,000	82,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
021.0007	AMBROXOL (GEN) 3MG/ML XPE 100ML PEDI ATRICO Marca FARMACE MS 1108500319 Va lid: 01-03-2026	AP24D180	30039099	520	5102	UN	60,00	2,19	131,40	76,07	14,45	0,00	19,00	0,00
021.0011	DEXAMETASONA ELIXIR (GEN) 0,1MG/ML 1 00ML Marca FARMACE Valid: 01-04-2026	DB24E210	30039099	520	5102	UN	60,00	2,07	124,20	71,91	13,66	0,00	19,00	0,00
021.0026	ACIDO ASCORBICO (GEN) 100MG/ML INJ IV AMP 5ML Marca HYPOFARMA MS 10387006 50019 Valid: 01-01-2026	24010003	30045090	020	5102	UN	800,00	0,71	568,00	328,84	62,48	0,00	19,00	0,00
021.0030	DEXAMETASONA (GEN) 4MG/ML INJ IM/IV A MP 2,5ML Marca HYPOFARMA MS 10387004 70029 Valid: 01-03-2026	24030190	30043290	020	5102	UN	700,00	1,13	791,00	457,95	87,01	0,00	19,00	0,00
021.0032	BUPIVACAINA (GEN) 0,5% PESADA 5MG/ML +GLICOSE 80MG/ML INJ 4ML Marca HYPOF ARMA MS 10387005500014 Valid: 01-04-2026	24040979	30039071	020	5102	UN	50,00	2,91	145,50	84,24	16,01	0,00	19,00	0,00
022.0003	DIPIFARMA (DIPIRONA) 500MG/ML INJ IM/IV AMP 2ML Marca FARMACE MS 1108500180 048 Valid: 01-04-2026	DP24E81	30039099	020	5102	UN	1.200,00	0,95	1.140,00	660,00	125,40	0,00	19,00	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
pedido 462131 Endereço de entrega AVENIDA PERNAMBUCO Nro 219 76 590-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA /GO PROCESSO Nº 2165/2024 - CONTRATO DE GESTÃO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA Segue os dados bancarios: BANCO DO BRASIL AG: 4148-3 C/C: 33339-5 ICMS REDUÇAO DE BASE DE CALCULO ICMS 11%, ANEXO IX, ART. 8, VIII DO RCTE-GO/1997. A HOSPDROGAS declara, que os produtos constantes no presente documento fiscal, possuem rastreabilidade, licitude e autenticidade conforme Art. 07 da RDC 430 de 08 de outubro de 2020. Trib aprox R$: 28,64 Federal e 32,20 Estadual Fonte: IBPT 5n7eW

ATENÇAO AO RECEBER, CONFIRA TODA MERCADORIA. EM CASO DE DIVERGENCIA E/OU AVARIAS (EMB/PRODUTOS) DESCREVA NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE OU NO VERSO DA NOTA FISCAL. LIGUE IMEDIATAMENTE PARA (62) 9 8103-0117 / 4012-1101. NAO SEGUINDO ESTA ORIENTACAO, NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES POSTERIORES A ENTREGA!
Representante:003585 - ALINNY MARIANY SILVA
Nr Pedido: 180591, Nr Embarque: 187935
pedido 462131
Endereço de entrega
AVENIDA PERNAMBUCO Nro 219 76 590-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA /GO

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 160D4 e o código verificador 2186.

HOSPDROGAS

Identificação do emitente
HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP
AV. OESTE S/N QUADRA 01 LOTE 03
ARMZ.02
PQ IN VC JOSE ALENCAR
APARECIDA DE GOIANIA – GO
CEP 74993-394 – 6240121199
WWW.HOSPDROGAS.COM.BR

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0086102 FL 2 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5224 0708 7749 0600 0175 5500 3000 0861 0213 4575 2729

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 OU RECEB TERCEIROS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247784008702 19/07/2024 12:23:58

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
104153377		08.774.906/0001-75

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
022.0007	HYCIMET (CIMETIDINA) 150MG/ML INJ IM/I V AMP 2ML Marca: HYPOFARMA MS: 103870 0250029 Valid: 30-11-2025	23111185	30049062	020	5102	UN	500,00	1,04	520,00	301,05	57,20	0,00	19,00	0,00
022.0033	BEPEBEN (BENZILPENICILINA) 1.200.000UI P O INJ IM FR-AMP Marca: TEUTO MS: 1037001 080092 Valid: 01-05-2025	2505754	30041013	520	5102	UN	100,00	5,75	575,00	332,89	63,25	0,00	19,00	0,00
022.0036	ARTRINID (CETOPROFENO) 50MG/ML INJ IM 2ML Marca: UNIAO QUIMICA MS: 104970004 0062 Valid: 01-03-2026	2412346	30049029	520	5102	UN	150,00	1,38	207,00	119,84	22,77	0,00	19,00	0,00
022.0056	KOLLAGENASE C/ CLORANFENICOL 0,6 UG + 0,01G/G POM 30G Marca: CRISTALIA MS: 1 029805050101 Valid: 01-06-2026	50014947	30049019	520	5102	UN	30,00	14,37	431,10	249,58	47,42	0,00	19,00	0,00
022.0138	POLARADEX (DEXCLORFENIRAMINA) 0,4M G/ML SOL ORAL 100ML Marca: NATULAB M S: 1384100200058 Valid: 01-04-2026	0025780	30049069	520	5102	UN	50,00	1,96	98,00	56,74	10,78	0,00	19,00	0,00
022.0289	CEFARISTON (CEFALOTINA) 1000MG PO INJ IM/IV FR-AMP Marca: BLAU MS: 1165701000 35 Valid: 01-06-2026	24061147	30042051	520	5102	UN	200,00	3,57	714,00	413,57	78,54	0,00	19,00	0,00
022.0406	TRANSAMIN (ACIDO TRANEXAMICO) 50MG/ ML INJ IV AMP 5ML Marca: ZYDUS MS: 1555 100450026 Valid: 01-10-2025	1023021	30039099	520	5102	UN	50,00	4,16	208,00	120,42	22,88	0,00	19,00	0,00
023.0009	AGUA PARA INJECAO 10ML SF Marca: EQUIP LEX MS: 11772002404e3 Valid: 12-03-2026	2430844	30049099	520	5102	UN	400,00	0,23	92,00	53,26	10,12	0,00	19,00	0,00
023.0009	AGUA PARA INJECAO 10ML SF Marca: EQUIP LEX MS: 11772002404e3 Valid: 12-03-2026	2430845	30049099	520	5102	UN	1.000,00	0,23	230,00	133,16	25,30	0,00	19,00	0,00
040.0033	ALCOOL 70% FR 1LT (1000ML) Marca: FFERE S MS: 8164500003 Valid: 01-06-2026	065624A	22071090	020	5102	UN	12,00	4,60	55,20	31,96	6,07	0,00	19,00	0,00
051.0030	FARMACHEM (ACIDO GRAXO) 100ML ALMO TOLIA Marca: PROLINK MS: NOT SIPLIFICA DA Valid: 30-08-2025	P24020050	15121919	520	5102	UN	24,00	2,30	55,20	31,96	6,07	0,00	19,00	0,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://afirmanet.valid.com.br/afirmaldocpublic/validar-assinatura-anexo informando o código 160804 e o código verificador 2196.

22/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 16:55:44
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 22/07/2024
NR. DOCUMENTO 554.148.000.033.339
VALOR TOTAL 2.826,24
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 33.339-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 0.6DC.AAD.941.PA1.E04

RECEBEMOS DE **HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		**NF-e Nº. 0086298 SÉRIE 3**
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

HOSPDROGAS

Identificação do emitente
HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP
AV. OESTE S/N QUADRA 01 LOTE 03 ARMZ.02
PQ IN VC JOSE ALENCAR
APARECIDA DE GOIANIA – GO
CEP 74993-394 – 6240121199
WWW.HOSPDROGAS.COM.BR

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0086298 FL. 1 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5224 0708 7749 0600 0175 5500 3000 0862 9819 3072 7321

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 OU RECEB TERCEIROS		152247794121554 22/07/2024 13:31:46
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
104153377		08.774.906/0001-75

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE (2388)			27.949.878/0002-05	22/07/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV PERNAMBUCO 219 QD 19 SL DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000	
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	6239119312	GO		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
001	22/07/2024	2.826,24						

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
1.636,24	310,89	0,00	0,00	2.826,24

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	2.826,24

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
TRANSPLEX TRANSP DE CARGAS E LOGISTICA	0 - Emitente				15.022.154/0001-51

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV ANTONIO ELIAS L. SANTOS, AREA I, S/N QD	APARECIDA DE GOIANIA	GO	105311634

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5,00	CAIXA	HOSPDROGAS		35,000	35,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
010.0009	TRAMADOL (GEN) 50MG/ML INJ AMP 2ML (A 2) Marca: HIPOLABOR MS: 1134301560044 Va lid: 01-03-2026	AW03124 M	30039049	500	5102	UN	700,00	1,50	1.050,00	607,89	115,50	0,00	19,00	0,00
021.0017	ESCOPOLAMINA+DIPIRONA (GEN) 4MG/ML I NJ IM/IV 5ML Marca: HIPOLABOR MS: 11343 01210035 Valid: 01-10-2025	H16623	30049099	500	5102	UN	500,00	1,28	640,00	370,53	70,40	0,00	19,00	0,00
021.0082	NOREPINEFRINA (GEN) 2MG/ML INJ AMP 4M l Marca: HIPOLABOR MS: 1134301260032 Val id: 01-09-2025	AB00924 M	30049099	500	5102	UN	50,00	2,08	104,00	60,21	11,44	0,00	19,00	0,00
021.0366	ISOSSORBIDA (GEN) 20MG CPR Marca: ZYD US MS: 1964100080016 Valid: 30-08-2024	M210486 R	30049059	520	5102	UN	60,00	0,09	5,40	3,13	0,59	0,00	19,00	0,00
022.0038	ETILEFRIL (ETILEFRINA) 10MG/ML INTIMT V/SC AMP 1ML Marca: UNIAO QUIMICA MS 1049712200049 Valid: 01-02-2026	2408146	30049067	520	5102	UN	120,00	1,50	180,00	104,21	19,80	0,00	19,00	0,00
022.0044	FOSFOENEMA (FOSFATO DE SODIO) SOL R ET 130ML Marca: CRISTALIA MS: RDC 199/2 006 Valid: 30-08-2025	23080974	30049099	520	5102	UN	12,00	7,82	93,84	54,33	10,32	0,00	19,00	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
pedido 462131 Endereço de entrega AVENIDA PERNAMBUCO Nro. 219 76.590-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA /GO PROCESSO Nº 2165/2024 - CONTRATO DE GESTÃO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA Segue os dados bancarios BANCO DO BRASIL AG 4148-3 C/C 333139-5 HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA CNPJ: 08.774.906/0001-75 Pix. 08.774.906/0001-75 ICMS REDUÇÃO DE BASE DE CALCULO ICMS 11% ANEXO IX, ART. 8, VIII DO RCTE-GO 1997. A HOSPDROGAS declara, que os produtos constantes no presente documento fiscal, possuem rastreabilidade, licitude e autenticidade conforme Art. 07 da RDC 430 de 08 de outubro de 2020. Trib aprox R$: 119,62 Federal e 99,68 Estadual Fonte: IBPT 5o7e9f

ATENÇÃO: AO RECEBER, CONFIRA TODA MERCADORIA. EM CASO DE DIVERGENCIA E/OU AVARIAS (VMB PRODUTOS) DESCREVA NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE OU NO VERSO DA NOTA FISCAL. LIGUE IMEDIATAMENTE PARA (62) 9 8103-0117 / 4012-1101. NÃO SEGUINDO ESTA ORIENTACAO, NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES POSTERIORES A ENTREGA!
Representante 003585 - ALINNY MARIANY SILVA.
Nr Pedido: 180970. Nr Embarque: 188261
pedido 462131
Endereço de entrega:
AVENIDA PERNAMBUCO Nro. 219 76.590-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA /GO

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://validarnfe.sefazdigital.com.br/validadocpdf.aspx/Validar-assinatura-anexo informando o código 16060 e o código verificador 2196.

HOSPDROGAS

Identificação do emitente
HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP
AV. OESTE S/N QUADRA 01 LOTE 03
ARMZ 02
PQ IN VC JOSE ALENCAR
APARECIDA DE GOIANIA – GO
CEP 74993-394 – 6240121199
WWW.HOSPDROGAS.COM.BR

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0086298 FL 2 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5224 0708 7749 0600 0175 5500 3000 0862 9819 3072 7321

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 OU RECEB TERCEIROS		152247794121554 22/07/2024 13:31:46
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
104153377		08.774.906/0001-75

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
022.0459	OXANON (OXACILINA SODICA) 500MG PO IN J IM/IV FR-AMP Marca BLAU MS 1163701110 098 Valid: 01-06-2026	24061279	30041019	520	5102	UN	100,00	3,78	378,00	218,84	41,58	0,00	19,00	0,00
022.0611	LIDOGEL (LIDOCAINA) 20MG/ML 5% GELEI A 30G Marca NEO QUIMICA MS 15584016200 25 Valid: 01-05-2026	B24D2743	30049043	520	5102	UN	50,00	4,32	216,00	125,05	23,76	0,00	19,00	0,00
025.0109	CLISTEROL (GLICERINA) 12% 500 ML FR Marca IP MS 10491000110013 Valid: 01-02-2026	829024	30049099	020	5102	UN	20,00	7,95	159,00	92,05	17,49	0,00	19,00	0,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcanza.vazdigital.com.br/urlvalidoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 16060 e o código verificador 2186.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.36.50
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3351-0 - SICCOB CREDIADAG
CONTA: 10.540-6

FAVORECIDO: MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ: 09.034.672/0001-92
VALOR: R$ 1.990,02
DEBITO EM: 23/07/2024

==========

DOCUMENTO: 072301
AUTENTICACAO SISBB: B.C8B.E72.49F.5A4.07B

RECEBEMOS DE MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS (OU SERVIÇOS) CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EM CONFORMIDADE COM O PROTOCOLO ICMS 42/09 E DO CONVÊNIO SINIEF 06/89. ESTE RECEBIMENTO NÃO EXIME O DESTINATÁRIO DA OBRIGAÇÃO DE EMITIR A NF-e RELATIVA À OPERAÇÃO.

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000.034.361
Série 001

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº 000.034.361
Série 001
Folha 1 de 2

Maêve

MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA 13 QD 123 E 12 - ETAPA IV
POLO EMPRESARIAL GOIÁS
APARECIDA DE GOIÂNIA - CEP: 74.985-140
Telefone: (62) 3955-1098

CHAVE DE ACESSO
5224 0709 0346 7200 0192 5500 1000 0343 6110 2434 5561

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 ESTADUAL
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 152247797047642 23/07/2024 10:26:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
10416812?9		09.034.672/0001-92

RAZÃO SOCIAL / NOME	CNPJ / CPF (DESTIN.)	DATA DA EMISSÃO
INST. ALCANCE DE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/1002-05	23/07/2024 10:26

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA / ENTRADA
AV PERNAMBUCO QD 19 N 310	SETOR ELIZIARIO	76.590-000	23/07/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62)3911-9312	GO		

NÚMERO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
001	23/07/2024	1.900,02

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
922,17	175,22	0,00	0,00	2.045,81

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	2.900,02

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE; 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
DF TRANSPORTES E LOGISTICA EIRELI -	1				11.038.793/0001-84

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD BR 153 SN	GOIANIA	GO	105862458

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4			4	12,400	12,400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	LOTE	VALIDADE	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	BC ICMS	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC ICMS ST	VALOR ICMS	% ICMS	% IPI	VALOR IPI
000011?1	"CLORIDROMETRINA 5MG/ML IM IMI. C/01FA (CI) (CLORIDRATO DE [illegible]) [Marca: [illegible] QUIMICA] [Descontos de desoneração: R$ 0 FCI: [illegible]]	23401823	31/08/2025	30049059	5201	5102	CX	1	0,00	78,8701	0,00	78,87	81,91	7,89	0,00	0,00	0,00
000011?1	"[illegible] 5MG/ML IM IMI. C/50 AMP (CI) (CLORIDRATO DE [illegible]) [Marca: [illegible] QUIMICA] [Descontos de desoneração: R$ 0 FCI: [illegible]]	23058?10	28/02/2026	30049069	5201	5102	CX	1	0,00	56,2901	0,00	56,29	284,63	5,63	0,00	0,00	0,00
000?1?78	"[illegible] 10MG/ML IMI. [illegible] C/50 AMP (CI) (MORFINA) [Marca: [illegible] QUIMICA] [Descontos de desoneração: R$ 41,42 FCI: [illegible]]	23?1402?	31/08/2025	30049099	5401	5102	CX	2	0,00	109,0123	0,00	218,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000?108	ACTRAPHEDINA 100UI/ML 3ML AMPOLA FR [illegible] (CI) [Marca: [illegible] QUIMICA] [Descontos de desoneração: R$ 0 FCI: [illegible]]	R24F0?31	30/06/2026	30049039	5201	5102	CX	20	0,00	6,1400	0,00	122,80	644,03	12,28	0,00	0,00	0,00
000?035	ATROPINA 0,25MG/ML IVIM/AC (BL C/100 AMP / ATROPHARMA) [Marca: FARMALAC] [Descontos de desoneração: R$ 0 FCI: [illegible]]	ATT?4?21	31/03/2025	30039099	5201	5102	CX	1	0,00	80,0000	0,00	80,00	42,10	8,00	0,00	0,00	0,00
000?120	BROMOPRIDA 5MG/ML IVIM 2ML C/5 AMP (CI) [Marca: [illegible] QUIMICA] [Descontos de desoneração: R$ 0 FCI: [illegible]]	240?4??	31/05/2027	30049048	5201	5102	CX	18	0,00	72,4000	0,00	[illegible]	689,87	130,32	0,00	0,00	0,00
000?139	CIPROFLOXACINA 2MG/ML C/100 FR (BOLSA) [illegible] [Marca: GEOLAB] [Descontos de desoneração: R$ 0,00] FCI:	[illegible]	31/01/2026	30049069	0401	5102	CX	1	0,00	39,7776	0,00	39,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000?174	MIVITI [illegible] 5MG/ML IVIM/SC IMI. C/50 [illegible] (ROMETRINA) [Marca: [illegible] QUIMICA] [Descontos de desoneração: R$ 0 FCI: [illegible]]	2?17?48	30/04/2024	30049099	5201	5102	CX	1	0,00	90,9250	0,00	90,93	47,82	9,09	0,00	0,00	0,00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por [illegible] e Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, em 23/07/2024 [illegible]

Maêve

MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
RUA 13 QD 12 LT 12 - ETAPA IV
POLO EMPRESARIAL GOIAS
ANAPOLIS/GO - CEP: 75.083-111
Telefone: (62) 3865-1188

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.034.361
Série 001
Folha 2 de 2

CHAVE DE ACESSO
5224 0709 0346 7200 0192 5500 1000 0343 6110 2434 5561

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 ESTADUAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247797047642 23/07/2024 10:26:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL
104168129

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
00.034.672/0001-92

DESTINATÁRIO/REMETENTE - SERVIMED

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	VALIDADE	NCM/SH	CEST	CSOSN	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
0[illegible]	NEUROPENA 40MG C/30 CPR (NEOTERPENA) (Sx) Marca NEO QUÍMICA [Desconto de desoneração: R$ 0 [illegible]	01211146	23/09/2026	30049062	3201	5102	CX	8	0,00	1,7400	0,00	13,92	7,33	1,39	0,00	18,00%	0,00%
0[illegible]	OMEPRAZOL 20MG C/56 CPS (ANSIFREE) (Sx) [Marca NOVAFAR [Desconto de desoneração: R$ 0 [FCI:	053157	04/07/2025	30049059	2001	5102	CX	2	0,00	3,0000	0,00	6,18	3,25	0,65	0,00	18,00%	0,00%
0[illegible]	SINVASTATINA 40MG C/30 CPR (SINVASVALOR) (Sx) [Marca SANTISA [Desconto de desoneração: R$ 8,71 [illegible]	IVV4129	01/01/2026	30049059	9401	5102	CX	8	0,00	5,2740	0,00	46,81	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

DADOS ADICIONAIS

ENCARGOS DO SERVIÇO	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A Maêve Hospitalar declara, que os produtos constantes no presente documento fiscal, possuem rastreabilidade, liamude e autenticidade conforme Art. 107 da RDC 430 de 08 de outubro de 2020 REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO DA ENTREGA. PARA HOSPITAIS. DEVOLUÇÕES SÓ SERÃO ACEITAS ATÉ 24 HORAS APÓS O RECEBIMENTO DA MERCADORIA

BASE DE CALCULO REDUZIDA CONFORME ART. 8 INCISO VIII ANEXO IX DO RCTE. (CONV 87/02 -Artigo 79, inciso XXXVII, do Anexo IX do RCTE/GO. Valor do ICMS abatido 55,70

PEDIDO: 0078697 VENDEDOR: 00520 - LUANA SILVA - Praça de pagamento - Aparecida de Goiania

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - OC462129 - HMAA - AQUISICAO DE MEDICAMENTOS EMERGENCIAL - PROCESSO Nº 216852024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA DADOS BANCARIOS SANTANDER COD 033 AG 3444 CC 13006659 SICOOB COD 756 AG 3351 CC 165406

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi gerado pelo usuário Joao cumprindo cadastro (IP: 189.[illegible]) em 23/07/2024 10:26:44 GMT-03:00

29/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 11:00:06
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 29/07/2024
NR. DOCUMENTO 554.148.000.041.297
VALOR TOTAL 2.208,52
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 41.297-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 6.D2F.9E7.9E3.CAB.596

NF-e
Nº. 000.288.967
Série 001

FOLHA DE SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA DE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS CONFORME NOTA FISCAL ELETRONICA

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.288.967
Série 001
Folha 1 de 2

SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA
RUA C 139 N 100 QD 207 LT 100 ED EDIFICIO
PARTE A AMERICA
GOIANIA GO - CEP: 74.255-140
Telefone: (62) 3078-9000

CHAVE DE ACESSO
5224 0706 0656 1400 0138 5500 1000 2889 6712 4295 0650

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ESTADUAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247808958551 26/07/2024 13:56:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL
1086939750

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
06.065.614/0001-38

RAZÃO SOCIAL/NOME
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

CNPJ/CPF
27.940.878/0002-05

DATA DA EMISSÃO
26/07/2024 13:56

ENDEREÇO
AV PERNAMBUCO N 219 QUADRA 19 SALA DA DIRETORIA

BAIRRO/DISTRITO
ELIZIARIO

CEP
76.590-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
26/07/2024

MUNICÍPIO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

FONE/FAX
(62) 3911-9312

UF
GO

INSCRIÇÃO
ISENTO

HORA DA SAÍDA

FATURA																	
Nº																	

BASE DE CÁLCULO DO ICMS
1.161,46

VALOR DO ICMS
220,67

BASE DE CÁLCULO DA ICMS ST
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIDO
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.398,52

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
2.398,52

NOME / RAZÃO SOCIAL
DF TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE
1 - DESTINATÁRIO
0

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
11.028.793/0002-54

ENDEREÇO
ROD BR153 S/N QUADRA CH LOTE AREA KM 5-5

MUNICÍPIO
GOIANIA

UF
GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
105862456

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
7,000

PESO LÍQUIDO
7,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CEST	CFOP	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNIT.	DESCONTO	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	V. ICMS ST	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
0000682	TILAC OFTIOL SOL SMG/ML BOLSA C/1 (0708 [BAYER/SA] [Descrição de doses/unidade: 0] marca: UNIAO QUIMICA	24132/24	30/04/2026	30049069	020	5.102	CX	1	0,00	81,3120	0,00	81,31	42,79	8,12	0,00	12,00	0,00
0000070	*CLORETO DE SODIO 0,9% SOL FR PLAS 500ML (C/ 24 CLARIS/BRAS) [Descrição de doses/unidade: 0] marca: UNIAO QUIMICA	1800668 A	31/01/2026	30049079	020	5.102	CX	1	0,00	98,2320	0,00	98,23	51,67	9,82	0,00	12,00	0,00
0019000	PARACETAMOL 10MG/ML CONTEM: (AEs) DE 0,1 MG/ML] [Descrição de doses/unidade: 0] marca: UNIAO QUIMICA	2324/03	30/04/2025	30049099	020	5.102	CX	2	0,00	108,4160	0,00	216,83	114,09	21,67	0,00	12,00	0,00
0019845	SINVASTATINA 40MG CPR C/30 (UDENI) [Descrição de doses/unidade: 0] marca: LABORATORIO GLOBO	A14/A/9424	28/02/2026	30049099	090	5.102	CX	6	0,00	0,9551	0,00	32,50	32,92	5,73	0,00	17,64	0,00
0019825	LOSARTANA POTASSICA 50MG C/30 CPR (GEN) [Descrição de doses/unidade: 0] marca: EMS	19636/31	31/12/2025	30049099	220	5.102	CX	18	0,00	4,9568	0,00	89,12	35,55	6,91	0,00	17,64	0,00
0019820	AMOXINA INJ 0,25MG C/30FRTE. (ATFQF ARMA) [Descrição de doses/unidade: 0] marca: FARMACE	A1351/075	30/11/2025	30049099	020	5.102	CX	1	0,00	108,4160	0,00	108,42	57,02	10,84	0,00	12,00	0,00
0019870	BETAMETASONA 1MG/2ML C/50 AMP. (EUROFARMA) [Descrição de doses/unidade: 0] marca: SCANDICI FARMA	WFF23170	30/11/2027	30049049	020	5.102	CX	18	0,00	81,3120	0,00	1.463,58	769,70	146,23	0,00	12,00	0,00
0019897	METILFENIDATO INJ 0,25MG 30X2ML (EUROFARMA) [Descrição de doses/unidade: 0] marca: UNIAO QUIMICA	7314/24	31/03/2025	30049099	020	5.102	CX	1	0,00	108,4160	0,00	108,41	57,01	10,84	0,00	12,00	0,00

Este documento foi emitido digitalmente e armazenado nos servidores da SEFAZ GO
https://nfe.sefaz.go.gov.br/nfeweb/sites/nfe/consulta-publica

SUPERMEDICA

SUPERMEDICA HOSPITALAR LTDA
RUA C 193 N 100 QD 247 LT 08/09/10/30
JARDIM AMERICA
GOIANÉSIA - GO CEP: 76.356-140
Telefone: (62) 3928-8080

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº 000.288.967
Série 001
Folha 2 de 2

CHAVE DE ACESSO
5224 0706 0656 1400 0138 5500 1000 2889 6712 4295 0550

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ESTADUAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247808956551 26/07/2024 13:56:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10603925-0

INSCRIÇÃO ESTADUAL SUBST. TRIBUT.

CNPJ
06.065.614/0004-38

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAGUAIANA	01.612.092/0001-83	26/07/2024

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA/ENTRADA
AVENIDA PERNAMBUCO 76	SETOR FUZIARIO SAO MIGUEL	76.356-000	26/07/2024

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ARAGUAIANA	(62) 3911-9312	GO	

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

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	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ ICMS	ALÍQ IPI
1	DIPIRONA SODICA 500MG/ML SOL INJ CT 100 FA VD TRANS X 2ML (BULA)	30049099	500	5102	FA	1,0000	0,0000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

"OS MEDICAMENTOS QUE CONSTAM NESTA NOTA FISCAL FORAM ADQUIRIDOS DE FORMA LÍCITA E AUTÊNTICA EM CONFORMIDADE COM O ART. 7º DA RDC 430 DE 08 DE OUTUBRO DE 2020"
A SUPERMEDICA NÃO AUTORIZA NENHUM DE SEUS REPRESENTANTES A RECEBER QUALQUER VALOR.
Reducao BC do ICMS conforme inciso VIII do artigo 8§ do anexo IX do RICMS/GO Reducao BC do ICMS conforme 2§ do artigo 8§ do anexo IX do RICMS/GO e artigo 85-A do RICMS/GO
PEDIDO 0748026 N NOTA 2950552 - Praca de Pagamento Aparecida de Goiania - Go. | DADOS BANCARIOS BANCO DO BRASIL, AG 3148-3 C/C 41.237-X
PEDIDO 462621 PROCESSO Nº 2249/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA
ENTREGA AVENIDA PERNAMBUCO 76, 940x000 SETOR FUZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA/GO (62) 3911-9312
CONTATO(62)3928-8089
IIMAA

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi emitido digitalmente. Verifique a validade deste documento pelo site oficial da Sefaz em https://www.nfe.fazenda.gov.br/portal/consultaRecaptcha.aspx?tipoConsulta=completa&tipoConteudo=XbSeqxE8pl8=

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 41.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0140-6 - GOIANIA-CENTRO
CONTA: 312.569-6

FAVORECIDO: DIAGNOSTICA CENTRO OESTE PRODUTOS L
CPF/CNPJ: 31.490.292/0001-11
VALOR: R$ 5.158,00
DEBITO EM: 15/07/2024

DOCUMENTO: 071503
AUTENTICACAO SISBB: 5.F69.1A3.829.EDE.9BF

RECEBEMOS DE Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	CERTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe.
Nº 000.016.489
SÉRIE 1

Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda

R PIONEIRA, 71 - QD 01 LT 05 GALPÃO 01
Zona Ind. Pedro Abrão - Goiânia - GO
74583-250 Tel: 62 30870200 FAX:
dcgoias@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.016.489
SÉRIE 1
FOLHA: 1

CONTROLE DO FISCO

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO
Venda merc adq recab terceiros	152247759561030 - 12/7/2024 13:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF-E PARA CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
107393638		31.490.292/0001-11	52240731490292000111550010000164891677929106

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/0002-05	12/07/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76590-000	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
São Miguel do Araguaia		GO	ISENTO	

FATURA

12/07/2024	5.158,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.985,97	567,34	0,00	0,00	5.158,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.158,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
DELPS TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA	0 - Emitente				03.673.321/0001-45

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV PERIMETRAL NORTE, 4013 - QUADRA2 LOTE9 GALPAO1 SALA03	Goiânia	GO	103282866

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	caixa			48,00	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	U.M.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
BCL01003	COLETOR 50 ML ESTERIL C/100 Val Aprox Tributos R $: 31,95 Fed., Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 24022310 Validade: 23/02/2026	39269040	020	5102	un	5,	90,00	450,00	260,51	49,50	0,00	18	0
CRI0203	Curativo Adesivo Rolo 25MM Cx/500. Val Aprox Tributos R $: 7,55 Fed., 6,80 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 220210 Validade: 30/07/2025	30051090	020	5102	un	2,	20,00	40,00	23,16	4,40	0,00	18	0
EIG3005	Beta-HCG - T.Rápido - Kit c/ 50 T - Marca: Ebram Val Aprox Tributos R $: 6,73 Fed., 8,50 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 06948A1214 Validade: 01/08/2025	38221990	020	5102	un	1,	50,00	50,00	28,95	5,50	0,00	18	0
BID01001	DENGUE AG (NS1) - 30 Testes - Marca: On Site Val Aprox Tributos R $: 138,29 Fed., Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: F0112V6F00 Validade: 19/01/2026	30021590	720	5102	un	2,	430,00	860,00	497,85	94,56	0,00	18	0
BID01008	Dengue IGG/IGM - TR- 30T Marca: ONSITE Lote: F0119V4J 02D Validade: 21/01/2026	38221200	720	5102	un	4,	430,00	1.720,00	995,71	189,18	0,00	18	0
PER01005	Tubo Eppendorf 1,5 ml c/ 500 und; Marca: Perfecta	39269040	220	5102	un	1,	25,00	25,00	14,47	2,75	0,00	18	0

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
Val Aprox Tributos R$: 431,31 Fed., 323,51 Est. e Mun. Fonte: IBPT Red. Base Cálculo ICMS, conf. Art 1o., Inc. III, C. Lei 12.462, de 08/11/1994 Processo Nº 1886/2024 - Cont. Gestão 159/2018 - FMS SMA	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.svzdigital.com.br/urlvalidador/public/validar-assinatura-enviado informando o código 15628 e o código verificador 2160.

RECEBEMOS DE Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	CERTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe.
Nº 000.016.489
SÉRIE 1

DIAGNÓSTICA

Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda

R PIONEIRA, 71 - QD 01 LT 05 GALPÃO 01
Zona Ind. Pedro Abrão - Goiânia - GO
74583-250 Tel: 62 30870200 FAX:
dcogoias@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.016.489
SÉRIE 1
FOLHA: 2

CONTROLE DO FISCO

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO
Venda merc adq receb terceiros	152247759561030 - 12/7/2024 13:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF-E PARA CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
107393636		31.490.292/0001-11	52240731490292000111550010000164891677929106

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.876/0002-05	12/07/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76590-000	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
São Miguel do Araguaia		GO	ISENTO	

FATURA

12/07/2024	5.158,00

	Val Aprox Tributos R$: 3,49 Fed., Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: C22100 Validade: 28/02/2033												
GA08001	Ponteira Amar. Gilson 200 uL. Pct c/1000 und.	39269040	220	5102	un	3,	20,00	60,00	34,73	6,60	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 8,38 Fed., Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: FY2202019 Validade: 14/03/2027												
EB01003	FR LÁTEX; Frasco c/2,0 ml; Marca: EBRAM	38221990	020	5102	un	1,	35,00	35,00	20,26	3,85	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 4,71 Fed., 5,95 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 07643A0411 Validade: 30/09/2025												
BC16002	LISE M-30 500ML ; Marca: Mindray	38221990	720	5102	un	1,	380,00	380,00	219,98	41,80	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 58,71 Fed., 64,60 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 2023091751 Validade: 16/09/2025												
HM01022	M-30 D DILUENTE, Fr. c/20 Litros; Marca: MINDRAY	38221990	020	5102	un	2,	145,00	290,00	167,88	31,90	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 39,01 Fed., 49,30 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 2404338 Validade: 30/04/2026												
BC16001	Probe Cleanser Bio - 50 ml; Marca: Bioclin	34029039	020	5102	un	2,	90,00	180,00	104,20	19,80	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 26,95 Fed., 30,60 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 37 Validade: 30/04/2025												
EB01002	PCR LÁTEX ; Frasco c/ 2,0 ml; Marca: EBRAM	38229000	020	5102	un	4,	35,00	140,00	81,05	15,40	0,00	18	0
	Lote: 07617F0515 Validade: 31/08/2025												
WA04001	524100-U-URI-COLOR CHECK 100 TIRAS - Marca: Wama	38221910	020	5102	un	2,	50,00	100,00	57,89	11,00	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 13,45 Fed., 17,00 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 003624 Validade: 31/10/2025												
BCL01035	Tubo Vácuo EDTA-2ML - C/100 - Plástico: HOSPLAB	90183999	220	5102	un	6,	98,00	588,00	340,39	64,67	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 76,32 Fed., 99,96 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 20230830 Validade: 29/08/2025												
LI01027	Tubo Verm. Sílic.-4ML-Vidro- c/100und: Laborcare	90183999	520	5102	Rack	4,	60,00	240,00	138,94	26,40	0,00	18	0
	Val Aprox Tributos R$: 15,77 Fed., 40,80 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 11923051 Validade: 31/05/2025												

DADOS P/ PAGAMENTO: BRADESCO

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
Val Aprox Tributos R$: 431,31 Fed., 323,51 Est. e Mun. Fonte: IBPT Red. Base Cálculo ICMS, conf. Art 1o., Inc. III, C, Lei 12.462, de 08/11/1994 Processo Nº 1886/2024 - Cont. Gestão 159/2018 - FMS-SMA	

Este documento foi assinado digalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.verydigital.com.br/virtual/corpullic/Validar-assinatura-anexo informando o código 15628 e o código verificador 2160.

RECEBEMOS DE Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe.
Nº 000.016.489
SÉRIE 1

Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda

R PIONEIRA, 71 - QD 01 LT 05 GALPÃO 01
Zona Ind. Pedro Abrão - Goiânia - GO
74583-250 Tel: 62 30870200 FAX:
dcogoias@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.016.489
SÉRIE 1
FOLHA 3

CONTROLE DO FISCO

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO
Venda merc adq rmesb terceiros	152247759561030 - 12/7/2024 13:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF-E PARA CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
107393636		31.490.292/0001-11	52240731490292000111550010000164891677929106

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/0002-05	12/07/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76590-000	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
São Miguel do Araguaia		GO	ISENTO	

FATURA

12/07/2024 5,158.00

AG: 0140
CC: 312569-6

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
Val Aprox Tributos R$ 431,31 Fed., 323,51 Est. e Mun. Fonte: IBPT Ref. Base Cálculo ICMS, cont. Art 1o., Inc. III, C, Lei 12.462, de 08/11/1994 Processo Nº 1886/2024 - Cont. Gestão 159/2018 - FMS SMA	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://validar.iti.gov.br/validarassinatura-anexo informando o código 5628 e o código verificador 21ec0.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 AUTOATENDIMENTO 09.38.47
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0140-6 - GOIANIA-CENTRO
CONTA: 312.569-6

FAVORECIDO: DIAGNOSTICA CENTRO OESTE PRODUTOS L
CPF/CNPJ: 31.490.292/0001-11
VALOR: R$ 240,00
DEBITO EM: 15/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071501
AUTENTICACAO SISBB: 4.291.B3A.4D9.354.025

RECEBEMOS DE Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	CERTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe.
Nº 000.016.488
SÉRIE 1

DIAGNÓSTICA CENTRO-OESTE PRODUTOS LABORATORIAIS

Diagnóstica Centro-Oeste Prod.Laboratoriais Ltda

R PIONEIRA, 71 - QD 01 LT 05 GALPÃO 01
Zona Ind. Pedro Abrão - Goiânia - GO
74583-250 Tel: 62 30870200 FAX:
dcogoias@gmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.016.488
SÉRIE 1
FOLHA: 1

CONTROLE DO FISCO

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO
Venda merc adq receb terceiros	152247759351666 - 12/7/2024 12:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF-E PARA CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
107393638		31.490.292/0001-11	52240731490292000111550010000164881819057700

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/0002-05	12/07/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76590-000	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
São Miguel do Araguaia		GO	ISENTO	

FATURA

12/07/2024	240,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
138,94	26,40	0,00	0,00	240,00

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	240,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	caixa			1,30	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	U.M.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
SPG01006	CART PROLIPROP. LISO 10"X2.1/2"5M NSF Val Aprox Tributos R$: 3,04 Fed., 5,10 Est. e Mun. Fonte: IBPT	90278999	720	5102	un	2,	15,00	30,00	17,37	3,30	0,00	19	0
SPG01007	MEMBRANA P/OSMOSE REVERSA 50GPD C/NSF Val Aprox Tributos R$: 11,13 Fed., 18,70 Est. e Mun. Fonte: IBPT	90278999	720	5102	un	1,	110,00	110,00	63,68	12,10	0,00	19	0
SPG01005	CART. CARVAO ATIV COMP 10"X2 1/2"5M NSF Val Aprox Tributos R$: 4,20 Fed., 17,00 Est. e Mun. Fonte: IBPT	90278999	420	5102	un	1,	100,00	100,00	57,89	11,00	0,00	19	0

DADOS P/ PAGAMENTO : BRADESCO
AG: 0140
C.C. 312569-6

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
Val Aprox Tributos R$: 18,37 Fed., 46,80 Est. e Mun. Fonte: IBPT Red. Base Cálculo ICMS, conf. Art 1o., Inc. III, C. Lei 12.462, de 08/11/1994 PROCESSO Nº 2008/2024 - FMS SMA - CONT. GESTÃO Nº 158/2018	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://validar.iti.gov.br/validar/assinatura-anexo (informando o código 15625 e o código verificador 2157

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 077 - BANCO INTER
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 6.409.153-8

FAVORECIDO: HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICO
CPF/CNPJ: 37.053.176/0001-11
VALOR: R$ 125,00
DEBITO EM: 15/07/2024

DOCUMENTO: 071502
AUTENTICACAO SISBB: 3.DC4.D1E.BBA.102.DDA

RECEBEMOS DE HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 12/07/2024 VALOR TOTAL: R$ 125,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - AVENIDA PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA ELIZIARIO Sao Miguel do Araguaia-GO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº. 000.002.084
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA
AV. FREI CONFALLONI, 382 - Q.QR.107 LOTE 31 SALA 05
CONJ VERA CRUZ 2 - 74495-060
Goiania - GO Fone/Fax: 6298525761

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº. 000.002.084
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0737 0531 7600 0111 5500 1000 0020 8416 6869 9039

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	**152247759793298 - 12/07/2024 14:43:36**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT	CNPJ / CPF
107940086			**37.053.176/0001-11**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS			**27.949.878/0002-05**	**12/07/2024**
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AVENIDA PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	**ELIZIARIO**		**76590-000**	
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
Sao Miguel do Araguaia	**GO**	**6239425940**		

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**125,00**
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. TOTAL DA NOTA
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**125,00**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9-Sem Transporte				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	VALOR DESC	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
1165156516	FILTRO 5 MICRAS 10 POLEG	84213100	0/103	5102	UNID	1,0000	125,0000	125,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: CREDITO EM CONTA-BANCO INTER-077 AG 0001-CONTA-6409153-8PROCESSO N2008/2024 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNIC DE SAUDE SMA VENC FATURA A VISTA.	

Impresso em 12/07/2024 as 14:43:37 emitido por: www.freenfe.com.br - versão gratuita

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://plcnfe.vrz.digital.com/https://www.freenfe.com.br/validar-assinatura-anexo.html informando o código "5fb29 e o código verificador 2156"

15/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 10:21:01
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 15/07/2024
NR. DOCUMENTO 554.148.000.041.297
VALOR TOTAL 2.159,27
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 41.297-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO C.801.CB3.FB3.217.1C3

RECEBEMOS DE SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO E DO PEDIDO 73836

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e 000.287.012 Série 001

SUPERMÉDICA

SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA
RUA C 188 N 380 QD 237 LT 09-10-11-12
JARDIM AMERICA
GOIANIA-GO - CEP: 74.255-140
Telefone: (62) 3925-9989

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.287.012
Série 001
Folha 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
5224 0706 0656 1400 0138 5500 1000 2870 1212 4801 6319

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ESTADUAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247759778130 12/07/2024 14:39:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL
166039750

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
06.005.614/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

CNPJ / CPF
27.949.878/0002-05

DATA DA EMISSÃO
12/07/2024 14:39

ENDEREÇO
AV PERNAMBUCO N 219 QUADRA 19 SALA DA DIRETORIA

BAIRRO / DISTRITO
ELIZIARIO

CEP
76.590-000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA
12/07/2024

MUNICÍPIO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

FONE / FAX
(62) 3911-9312

UF
GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA DA SAÍDA

FATURA	DUPLICATA	VENCIMENTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.135,56	215,76	0,00	0,00	2.159,27

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	2.159,27

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE; 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	I. SPED - CPF
DF TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA	0				11.028.793/0002-54

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD BR153 S/N QUADRA II LOTE AREA KM 5-5	GOIANIA	GO	105862436

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				9,000	9,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST ICMS	CFOP	UNID.	QUANT.	PREÇO UNIT.	VALOR TOTAL	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
0102284	*MEDIA/COLANTE SMG/ME. 10(X)10ME. (Pct)(GGH) (Registro de desmarcação: 0) anvisa HIPOLABOR	AC1103*ZVM	30/04/2025	30049069	500	5.102	CX	2	0,000	379,4500	0,00	758,91	599,11	71,93	0,00	12,00	0,00
0101834	*PENTAMILA DU (10x8)(x2)ME. 35X10ME. (ADESIVO ENTANEO) (Registro de desmarcação: 0) anvisa CRISTALIA	0301142S	31/03/2027	30049099	050	5.102	UN	8	0,000	158,7500	0,00	1.270,00	1067,94	128,16	0,00	12,00	0,00
0117987	ESPECIALIDADE QUIM. VARIOS CLASSE 3 (C/250) (Registro de desmarcação: 0) anvisa CLEANHP	23120124	31/01/2028	38220090	500	5.102	PCT	2	0,000	69,1410	0,00	138,28	68,51	13,02	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

"OS MEDICAMENTOS QUE CONSTAM NESTA NOTA FISCAL FORAM ADQUIRIDOS DE FORMA LICITA E AUTÊNTICA. EM CONFORMIDADE COM O ART. 7º DA RDC 430 DE 08 DE OUTUBRO DE 2020"
A SUPERMEDICA NÃO AUTORIZA NENHUM DE SEUS REPRESENTANTES A RECEBER QUALQUER VALOR.
Redução BC do ICMS conforme . 2§ do artigo 8§ do anexo IX do RICMS/GO e artigo 85-A do RICMS/GO
PEDIDO 073510 N NOTA 8016311 - Praça de Pagamento Aparecida de Goiania - Cli. | DADOS BANCARIOS BANCO DO BRASIL.. AG 4148-3 C/C 41.297-X
Nº DO PROCESSO 2008/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUNDE SMA. ENTREGA AVENIDA PERNAMBUCO 76.590-000 SETOR ELIZIARIO SAOMIGUEL DO ARAGUAIA/GO(62)3911-9312
HMAA

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi emitido digitalmente. A autenticidade pode ser conferida pelo seu conteúdo no site http://portalnfe.sefaz.go.gov.br/portalnfe/pt/index/validar-autenticidade-nfe informando a chave 52240706065614000138550010002870121248016319

15/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 15:28:30
364803648 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 15/07/2024
NR. DOCUMENTO 551.242.000.003.692
VALOR TOTAL 2.592,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TIRADENTES MED HOSP LTDA
AGENCIA: 1242-4 CONTA: 3.692-7
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

IDENTIFICADOR 1: 27.949.878/0002 05

NR.AUTENTICACAO 4.30D.DDC.638.30E.C0A

RECEBEMOS DE Tiradentes Medico Hospitalar Ltda OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R$ 2.592,00	NF-e Nº: 000.151.431 SÉRIE : 0
DATA DE RECEBIMENTO ___/___/___	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE	

Tiradentes Medico Hospitalar Ltda

RUA 74 Nº 152, 152
CENTRO
GOIANIA
GO
CEP: 74045020
TELEFONE: 6232218900

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.151.431
SÉRIE: 0
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
5224 0701 5361 3580 0139 5500 0000 1514 3116 3056 4802

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 adquirida/recebida de terceiros	152247759421928 - 12/07/2024 13:09:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA	CNPJ
100000231		01.536.135/0001-39

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	12/07/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
AV PERNAMBUCO, 219 QD.19 SL. DA DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000	12/07/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Sao Miguel do Araguaia	(62) 3942-5940	GO		13:07:08

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	22/07/2024	2.592,00

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	2.592,00

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	239,76	2.592,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
GRUPO G5 TRANSPORTES E LOG.	0 - Rem.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
		GO	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2				15,000	15,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
0111426	FILME DVE CE 36X25 C/125 1735372 CEST: 13.001.02 ISENTO DE ICMS CONFORME ANEXO DO CONVENIO ICMS 1/99 Lote nr.: 0489202055	37011010	2	40	5102	UN	6,0000	432,0000	2.592,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	239,76

CONTINUAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Vendedor: 000023 GEYSA SIMONE Q. FERREIRA Total tributos aproximados 239,76 PROC 2052/2024 / CONTRATO DE GESTAO 159/2018 /
FMS/SMA BANCO DO BRASIL / AG.1242-4 / C.C.3692-7 Valor do ICMS Desonerado: 530,84

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
ENDEREÇO P/ENTREGA: AV PERNAMBUCO NR.219 QD.19 BAIRRO: E AIRRO ELIZIARIO CEP: 76590-000 CIDADE: Sao Miguel do Araguaia - GO	

19/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:48:22
164803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 19/07/2024
NR. DOCUMENTO 553.483.000.114.510
VALOR TOTAL 698,50
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: RECMED COM MAT HOSP LTDA
AGENCIA: 3483-5 CONTA: 114.510-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

IDENTIFICADOR 1: 27.949.878/0002 05

NR.AUTENTICACAO F.10B.F9D.B83.E53.DEA

RECEBEMOS DE RECMED COMERCIO DE MAT. HOSPITALARES - EIRELI - ME - OS PRODUTOS CONSTANTES DA NF-e INDICADA AO LADO
Emissão: 18/07/2024 Valor Total: 698,50 INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
AV. PERNAMBUCO ENTRE RUA 4 E RUA S.ELIZIARIO S.MIGUEL ARAGUAIA-GO Cep: 76590-000

Data de Recebimento

Identificação da Assinatura do Recebedor

NF-e
309880
Série 001

RECMED COMERCIO DE MAT. HOSPITALARES - EIRELI - ME - EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
Rua Galileu No. 220
JARDIM EUROPA GOIANIA GO
74125-060 Fone/Fax: (062)3088-7600
www.recmed.com.br

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica
1 - Saída [1]
2 - Entrada
No. 000.309.880 FL:1 /2
SÉRIE 001

Controle do Fisco

CHAVE DE ACESSO
52-2407-06.696.359/0001-21-55-001-000.309.880.106-330.988-0

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
152247780016359 18/07/2024 - 11:02:28

Nat. da Operação		
VENDAS		
Insc. Estadual	**Insc.Est. do Subst.Tributario**	**Cnpj**
10391145-6		06.696.359/0001-21

DESTINATARIO/REMETENTE

Nome/Razão Social	HMAA	Cpf/Cnpj	Data da Emissão
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	634155	27.949.878/0002-05	18/07/2024

Endereço	Bairro/Distrito	Cep	Data da Saída
AV PERNAMBUCO,219 QUADRA19 QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76590-000	

Município	Fone/Fax	UF	Inscrição Estadual	Hora da Saída
S.MIGUEL ARAGUAIA	(5562)3942-940	GO	ISENTO	/ /

CALCULO DO IMPOSTO

Base de Calculo so Icms	Valor do Icms	Base de Calculo do Icms Substituição	Valor do Icms Substituição	Valor Total dos Produtos
R$ 367,62	R$ 69,85	R$ 0,00	R$ 0,00	**R$ 698,50**

Valor do Frete	Valor do Seguro	Descontos	Outras Despesas/Acessorios	Valor do IPI	Valor Total da Nota
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0	**R$ 698,50**

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATARIO, 2 - TERCEIROS, 9 - SEM FRETE)	Código ANTT	Placa do Veiculo	UF	Cnpj/Cpf
DF TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA	0				11.028.793/0002-54

Endereço	Municipio	UF	Inscrição Estadual
ROD. BR 153 QD CH LT	GOIANIA		

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Liquido
3	CAIXA		408063	17,200	17,200

FATURA

[A 21/07/2024 698,50]

COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CEST	CST	CFOP	UND	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	Bc Nor.	Vlr.Icms	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
170534	# EQUIPO MACRO FLEX P.ROLE INJ LAT C/25 (FILTRO AR/LS) MEDIX Lot: 231120 Venc: 30/10/2028	90183010		200	5102	PCT	20	19,75	R$ 395,00	207,89	39,50	19	0
708410	# LUVA CIRURGICA ESTERIL 8,0 C/PO (LIFE PLUS) EMGRUBER Lot: LP017M Venc: 30/09/2025	40151200		200	5102	UN	50	1,11	R$ 55,50	29,21	5,55	19	0
718270	# POLIFIX 2 VIAS LUER LOCK C/ CLAMP C/TUBO DE CONEXAO MEDIX Lot: 20230920 Venc: 30/09/2028	90183010		020	5102	UND	400	0,62	R$ 248,00	130,52	24,80	19	0

DADOS ADICIONAIS

Representante: 76

PROCESSO:2166/2024-CT GESTAO 159/2018
F.MUNICIPAL DA SAUDE SMS.
BANCO BRASIL AG:3485-3 CC:114510-C PAG
BASE DE CALCULO RED, CONFORME ANEXO IX, ART 8 INC. VIII
**** Retenção de IRRF na alíquota de 1,2% conforme Decreto nº 129/2023, Instrução Normativa RFB nº 1.234/2012 e Manual
MAPON 2023. Valor Total NF R$ 698,50 - Retenção IRRF R$ 8,38 Total Liquido: 690,12
Trib aprox R$ 113,62 Federal e 96,49 Estadual Fonte: IBPT 75D7F2
ICMS DO FRETE DE RESPONSABILIDADE DO TRANSPORTADOR CONFORME TERMO DE CREDENCIAMENTO N:
A RECMED DECLARA, QUE OS PRODUTOS CONSTANTES NO PRESENTE DOCUMENTO FISCAL, POSSUEM RASTREABILIDADE, LICITUDE E AUTENTICIDADE
Partilha do ICMS - UF de Origem: 0,00 Destino: 0,00 Fundo Combate Pobreza: 0,00
Reclamações sobre pedidos registrar ocorrências em até 48 hrs. WhatSAC (62) 3088-7630 e-mail: sac@recmed.com.br
PROIBIDO PAGAMENTO P/ REPRES.COMERC/ TERCEIROS / DEPOS.BANCARIO / CHEQUE DE TERCEIRO
PREZADO CLIENTE: FAVOR CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DO RECEBIMENTO. NÃO ACEITAMOS RECLAMAÇÕES POSTERIORES

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
https://alcance.bry.digital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 15852 e o código verificador 2182.



RECMED COMERCIO DE MAT. HOSPITALARES - EIRELI - ME - EM RECUPERAÇÃO JUDICIAL
Rua Galileu No. 220
JARDIM EUROPA GOIANIA GO
74325-060 Fone/Fax: (062)3088-7500
www.recmed.com.br

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica
1 - Saida
2 - Entrada [1]
No. 000.309.880 Fl:2 /2
SÉRIE 001

Controle do Fisco

CHAVE DE ACESSO
52-2407-06.696.359/0001-21-55-001-000.309.880.106-330.988-0

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

Nat. da Operação
VENDAS

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247780018359 18/07/2024 - 11:02:28

Insc. Estadual	Insc.Est. do Subst.Tributario	Cnpj
10391145-6		06.696.359/0001-21

COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CEST	CST	CFOP	UND	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Bc Nor	Vlr Icms	ALIQ ICMS	ALIQ IPI

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 15852 e o código verificador 2162.

19/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 12:26:04
364803648 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 19/07/2024
NR. DOCUMENTO 554.148.000.041.297
VALOR TOTAL 1.359,72
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 41.297-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 5.59C.757.835.A16.02C

RECEBEMOS DE SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e 000.287.824 Série 001

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.287.824
Série 001
Folha 1 de 2

SUPERMEDICA

SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA
RUA C 188 N 680 QD 287 LT 09/10/19/20
JARDIM AMERICA
GOIANIA-GO - CEP: 74.255-140
Telefone: (62) 3226-6080

CHAVE DE ACESSO
5224 0706 0656 1400 0138 5500 1000 2878 2412 4387 6861

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ESTADUAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247782873512 19/07/2024 07:26:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10068975O

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
06.065.614/0001-38

RAZÃO SOCIAL / FANTASIA
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

CNES / CPF
27.949.878/0002-05

DATA/HORA EMISSÃO
19/07/2024 07:26

ENDEREÇO
AV PERNAMBUCO N 219 QUADRA 19 SALA DA DIRETORIA

BAIRRO / DISTRITO
ELIZIARIO

CEP
76.595-000

DATA/HORA SAÍDA
19/07/2024

MUNICÍPIO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

FONE / FAX
(62) 3981-9312

UF
GO

INSCRIÇÃO
ISENTO

FATURA / DUPLICATA

Nº	Data	Valor
001	19/07/2024	1.359,72

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS
219,91

VALOR DO ICMS
134,13

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.359,72

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
1.359,72

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
DF TRANSPORTES E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE
1 - DESTINATÁRIO
0

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF
11.028.793/0002-53

ENDEREÇO
ROD BR 153 S/N QUADRACH LOTE ABEA KM 5-5

MUNICÍPIO
GOIANIA

UF
GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10586243O

QUANTIDADE
4

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
20,000

PESO LÍQUIDO
20,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST/SN	CFOP	UNID.	QUANT.	P.UNIT.	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
00146058	ALGODAO ORTOPEDICO 20CM X 1,00MT C/12 [Descricao do desmembrado: 0] marcar GRETEX39	02331	28/02/2029	96211030	041	5.102	PCT	2	0,00	8,710	0,00	17,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00135111	MANTILHA TRIANGULAR ESC 250 X 1,20 C/25 [Descricao do desmembrado: 0] marcar UNISEG	2350152	31/05/2028	96183210	000	5.102	CX	3	0,00	115,5567	0,00	231,11	131,94	23,09	0,00	10,00	0,00
00127591	AVENTAL ESTERIL PARA CIRURGIA ESC C/1 [Descricao do desmembrado: 0] marcar MANDOME	240508	01/12/2030	62101030	220	5.102	PCT	20	0,00	4,0925	0,00	81,85	93,04	8,18	0,00	10,00	0,00
00135978	CLAMP UMBILICAL PCC C/100 [Descricao do desmembrado: 0] marcar WELTEX	2035/0198	31/05/2028	96189090	220	5.102	CX	1	0,00	35,1800	0,00	35,18	19,03	3,52	0,00	10,00	0,00
00135118	NYLON PRETO 5,0 C/AG 2,0 CT 4/6 45CM C/24 ENV [Descricao do desmembrado: 0] marcar KRIDEN	2035/1/1	31/05/2028	30061090	220	5.102	CX	1	0,00	52,0146	0,00	52,01	10,83	5,20	0,00	10,00	0,00
00135113	BORRACHA PARA CIRURGIA 10X100 C/6 [Descricao do desmembrado: 0] marcar GERMAIS	81991	28/02/2027	40159000	020	5.102	ROL O	2	0,00	48,2430	0,00	96,49	50,74	9,65	0,00	10,00	0,00
00135054	CATGUT CROM. 1+0 C/AG 4,0 MR 1/2 C/24 ENV [Descricao do desmembrado: 0] marcar TECHNOFIO	08240220	31/03/2029	30061090	020	5.102	CX	1	0,00	92,1595	0,00	92,15	48,46	9,24	0,00	10,00	0,00
00135136	CATGUT SIMP. 2+0 C/AG 4,0 MR 1/2 C/24 ENV [Descricao do desmembrado: 0] marcar TECHNOFIO	0125/0087	30/09/2028	30061090	020	5.102	CX	2	0,00	92,1586	0,00	184,31	96,93	18,43	0,00	10,00	0,00
00135142	NYLON PRETO 3+0 C/AG 4,0 CT 3/8 45CM C/24 ENV [Descricao do desmembrado: 0] marcar SEALON	1330/230077	28/02/2029	30061090	020	5.102	CX	2	0,00	41,3333	0,00	82,66	43,49	8,26	0,00	10,00	0,00
00135141	NYLON PRETO 3+0 C/AG 2,0 CT 3/8 C/24 ENV [	1824/0114	31/05/2029	30061090	020	5.102	CX	10	0,00	30,8780	0,00	308,78	162,50	30,87	0,00	10,00	0,00

Este documento foi gerado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.fazenda.go.gov.br/nfe/consultaDanfe.jsf informando a chave de acesso 52240706065614000138550010002878241243876861

SUPERMEDICA

SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA
RUA C 194 36 486 QD 297 LT 19/18/19/20
JARDIM AMERICA
GOIANIA/GO | CEP: 74.255-040
Telefone: (62) 3928-8989

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.287.824
Série 001
Folha 2 de 2

CHAVE DE ACESSO
5224 0706 0656 1400 0138 5500 1000 2878 2412 4387 6861

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ESTADUAL

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247782873512 19/07/2024 07:26:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL
106103750

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
06.065.614/0001-38

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST/OSN	CFOP	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC ICMS ST/SN	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
	Desconto de desoneração: 0 | Motivo: DESONERAÇÃO																
001.0229	AGULHA DE FOLEY 2 VIAS N 14 BC 30ML C/10 | Desconto de desoneração: 0 | Motivo: MOTIVO	221035	29/02/2028	84069090	020	5.102	CX	1	0,00	26,0278	0,00	26,03	13,03	2,60	0,00	10,00	0,00
001.0230	AGULHA DE FOLEY 3 VIAS N 16 BC 30ML C/10 | Desconto de desoneração: 0 | Motivo: SOLIDUS	1602101	31/01/2026	84183921	020	5.102	CX	3	0,00	40,7814	0,00	122,34	53,71	12,23	0,00	10,00	0,00
001.0231	AGULHA GERATRIL N 18 C/10 | Desconto de desoneração: 0 | Motivo: BIOSAFE	62927	30/11/2026	90183999	020	5.102	PCT	2	0,00	9,5395	0,00	19,08	7,72	1,47	0,00	10,00	0,00
001.0870	VARETA ALIQ 1300MM (GRAU FARMACEUTICO) | Desconto de desoneração: 0 | Motivo: VIC TRADING	12993	30/04/2026	82049000	020	5.102	PR	1	0,00	35,0019	0,00	35,00	18,44	3,50	0,00	10,00	0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO PIS/PASEP	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

"OS MEDICAMENTOS QUE CONSTAM NESTA NOTA FISCAL FORAM ADQUIRIDOS DE FORMA LICITA E AUTÊNTICA, EM CONFORMIDADE COM O ART. 7º DA RDC 430 DE 08 DE OUTUBRO DE 2020".
A SUPERMEDICA NÃO AUTORIZA NENHUM DE SEUS REPRESENTANTES A RECEBER QUALQUER VALOR.
Reducao BC do ICMS conforme 28 do artigo 86 do anexo IX do RICMS/GO e artigo 85-A do RICMS GO Isencao do ICMS conforme Convenio 126/2010
PEDIDO 0744584 N NOTA 3876866 - Praca de Pagamento Aparecida de Goiania - Go | DADOS BANCARIOS BANCO DO BRASIL AG 4148-3 C/C 41.392-X
Nº DO PROCESSO 2166/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018, FUNDO MUNICIPAL DE SAUNDE SMA, ENTREGA AVENIDA PERNAMBUCO 76.596-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA/GO (62) 3911-9512
HMAA

RESERVADO AO FISCO

Este documento foi gerado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.valid.gov.br/validar/validar.jsf informando a chave 152247782873512 e o código 152247 e o código verificador 2TFD.

19/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:48:22
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 19/07/2024
NR. DOCUMENTO 553.382.000.046.088
VALOR TOTAL 804,30
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DMI MATERIAL MEDICO HOSPI
AGENCIA: 3382-0 CONTA: 46.088-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO F.204.651.F1C.B0E.DFE

NF-e 000.096.977 Série 001

DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA
AV CASTELO BRANCO N 1156
SETOR COIMBRA
GOIANIA/GO - CEP: 74.535-010
Telefone: (62) 3541-3334

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.096.977
Série 001
Folha 1 de 2

CHAVE DE ACESSO
5224 0737 1099 9700 0428 5500 1000 0969 7712 4126 5701

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 MERCADO OU REC TERC

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247780534025 18/07/2024 13:15:04

INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | CNPJ
109157892 | | 37.109.977/0004-28

NOME/RAZÃO SOCIAL
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

C.N.P.J. / C.P.F.
27.949.678/0002-05

DATA DA EMISSÃO
18/07/2024

ENDEREÇO
AV. PERNAMBUCO

COMPLEMENTO
Q 195L DA DIRETORIA

DATA DA SAÍDA/ENTRADA
18/07/2024

Nº
319

BAIRRO / DISTRITO
ELIZIARIO

CEP
76.590-000

HORA DA SAÍDA
12:15

MUNICÍPIO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

FONE / FAX
(62)3991-9312

UF
GO

PAÍS/PROCEDÊNCIA

FATURA

Nº	VENCIMENTO	VALOR
001	16/08/2024	814,31

BASE DE CÁLCULO DO ICMS
204,82

VALOR DO ICMS
38,91

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
814,31

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
814,31

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE
1 - DESTINATÁRIO
[0]

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

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

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
0,000

PESO LÍQUIDO
0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	BC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
1319	AGULHA HIPODERMICA 13X4,5 (26GX1/2) C/100 Marca: SOLIDOR	90183219	500	5.102	CX	10	0,00	5,90	0,00	59,00	37,26	7,08	0,00	12,00	0,00
	Lote: 42222001 Qtde: 10.000 Fabricação: 01/01/2022 Validade: 31/01/2027														
3141	SERINGA NYLON PE 0,1X2,5CM C/BICO 0,1X2,5CM Marca: COVIDIEN	90001000	849	5.102	CX	2	0,00	240,00	0,00	480,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Lote: 24323539 Qtde: 2.100 Fabricação: 20/06/2024 Validade: 19/09/2029														
3977	SONDA URETRAL DE 2 VIAS 2,0 C/2 CIR. CIL. 4,5CM 70CM Marca: COVIDIEN	90001090	500	5.102	CX	1	0,00	253,60	0,00	232,60	104,45	30,07	0,00	12,00	0,00
	Lote: 23004419 Qtde: 4.100 Fabricação: 24/11/2023 Validade: 23/09/2028														
4417	SONDA URETRAL DE 2 VIAS Marca: FARMAMED	90183924	500	5.102	UN	10	0,00	0,97	0,00	9,70	6,18	1,16	0,00	12,00	0,00
	Lote: 2400010466 Qtde: 10.000 Fabricação: 01/06/2024 Validade: 01/05/2027														

FATURA DO SERVIÇO MENSAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN
0,00

VALOR DO ISSQN
0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS RUA RECIFE,QUADRA 01 LOTE 01 EDIFICIO PARNAIBA SALA 1 E 2 BAIRRO MEDICO HOSPITALAR - CEP: 76.590-000 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
FISICA, ELETRONICA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Este documento foi gerado digitalmente. O armazenamento deste documento, assim como a impressão do mesmo, não substituem o documento original disponibilizado no Ambiente Nacional.

DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA
AV CASTELO BRANCO N 2150
SETOR COIMBRA
GOIANIANGO - CEP: 74.530-010
Telefone: (62) 3541-3334

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.096.977
Série 001
Folha 2 de 2

CHAVE DE ACESSO
5224 0737 1099 9700 0428 5500 1000 0969 7712 4126 5701

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 OU REC TERC

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152247780534025 18/07/2024 13:16:04

INSCRIÇÃO ESTADUAL
106157892

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
37.109.097/0004-28

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

Emitido por SIAC Sistemas - (62) 4000-8550 - www.siacsistemas.com.br

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida em https://validar.iti.gov.br/validar.xhtml usando o código 5224...

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.49
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5004-0 - CCLA CENTRO BRASILBIRA
CONTA: 1.028.866-0

FAVORECIDO: MEDCARE HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 36.332.835/0001-96
VALOR: R$ 1.983,67
DEBITO EM: 19/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071901
AUTENTICACAO SISBB: 5.E41.27A.D45.DCB.62A

RECEBEMOS DE MEDCARE HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO

EMISSÃO: 18/07/2024 - DEST. / REM.: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - VALOR TOTAL: R$ 1.983,67

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.001.757
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

medcare shop

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000.001.757 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
5224 0736 3328 3500 0196 5500 1000 0017 5716 4950 6115

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	152247780434804 18/07/2024 12:48:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
107880482		36.332.835/0001-96

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS			27.949.878/0002-05	18/07/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
AVENIDA PERNAMBUCO, 219 QUADRA19 SALA DA DIRETORIA		ELIZIARIO	76590-000	18/07/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62)99606-3055	GO		12:49:58

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS		27.949.878/0002-05	
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP
AVENIDA PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000
MUNICÍPIO		UF	TELEFONE / FAX
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA		GO	

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
1.044,04	198,37	0,00	0,00	524,35	1.983,67
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	1.983,67

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
JMF TRANSPORTES CARGAS E ENCOMENDAS LTDA	0 - REMETENTE				10.425.663/0001-09
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
ANEL VIARIO, S/N, QUADRA01 MÓDULO 04 BLOCO C - POLO EMPRESAR	APARECIDA DE GOIANIA			GO	
QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**
2	CX				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
142	CATETER INTRAV. C/AG N.20G C/100 DESCARPACK - LOTE: CAT007D-23 - QTD: 3,00 - FAB: 30/12/2023 - VAL: 30/11/2028 -	90183929	220	5102	CX	3,0000	67,3100	201,93	0,00	106,28	20,19	0,00	19,00	0,00
219	CATETER INTRAV. C/AG N.22G C/100 DESCARPACK - LOTE: CAT007G-23 - QTD: 4,00 - FAB: 30/12/2023 - VAL: 30/11/2028 -	90183929	220	5102	CX	4,0000	67,3100	269,24	0,00	141,71	26,92	0,00	19,00	0,00
251	CATETER INTRAV. C/AG N.24G C/100 DESCARPACK - LOTE: CAT007L-23 - QTD: 5,00 - FAB: 30/12/2023 - VAL: 30/11/2028 -	90183929	220	5102	CX	5,0000	75,7300	378,65	0,00	199,29	37,87	0,00	19,00	0,00
278	CATETER INTRAV. C/AG N.18G C/100 DESCARPACK - LOTE: 2CTPAA014C - QTD: 3,00 - FAB: 31/01/2023 - VAL: 31/01/2028 -	90183929	220	5102	CX	3,0000	75,7300	227,19	0,00	119,57	22,72	0,00	19,00	0,00
607	TIRAS REAG GLICOSE FREE LITE C/50 G-TECH - LOTE: Z22K115F1 - QTD: 18,00 - FAB: 11/11/2022 - VAL: 10/11/2024 -	38221900	220	5102	CX	18,0000	50,3700	906,66	0,00	477,19	90,67	0,00	19,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
REDUCAO BASE DE CALCULO CONFORME: ANEXO IX, ART 8 INCISO VIII PARAGRAFO 2 E 2- A DO RCTE GO A MEDCARE HOSPITALAR DECLARA, QUE OS PRODUTOS CONSTANTES NO PRESENTE DOCUMENTO FISCAL, POSSUEM RASTREABILIDADE, LICITUDE, AUTENTICIDADE, CONFORME O ART. 7 DA RDC 430 DE 08 DE OUTUBRO DE 2020" | COND. PGTO: TRANSFERENCIA | VENDEDOR: 796 - RENATHA SOARES DE MORAES | PDV: 950 N DO PROCESSO: 2166/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA BCO: SICOOB AG: 5004 C/C: 3025866-0 PIX - CNPJ 36.332.835/0001-96	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vizinaldigital.com.br/validar-assinatura-enviado informando o código 15/56 e o código verificador 2181.

22/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:27:42
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 22/07/2024
NR. DOCUMENTO 554.148.000.033.339
VALOR TOTAL 4.209,20
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 33.339-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 9.596.0EE.A71.425.379

RECEBEMOS DE **HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		**NF-e** **Nº. 0086132** **SÉRIE 3**
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

HOSPDROGAS

Identificação do emitente
HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP
AV. OESTE S/N QUADRA 01 LOTE 03 ARMZ 02
PQ IN VC JOSE ALENCAR
APARECIDA DE GOIANIA – GO
CEP 74993-394 – 6240121199
WWW.HOSPDROGAS.COM.BR

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0086132 FL 1 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5224 0708 7749 0600 0175 5500 3000 0861 3212 6449 4621

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 OU RECEB TERCEIROS		152247784664073 19/07/2024 15:12:06
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
104153377		08.774.906/0001-75

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE (2388)			27.949.878/0002-05	19/07/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV PERNAMBUCO 219 QD 19 SL DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000	
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	6239119312	GO		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC	VENCIMENTO	VALOR
001	19/07/2024	4.209,20						

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
2.436,90	463,01	0,00	0,00	4.209,20

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	4.209,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
TRANSPLEX TRANSP DE CARGAS E LOGISTICA	0 - Emitente				15.022.154/0001-51

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV ANTONIO ELIAS L. SANTOS, AREA L S/N QD	APARECIDA DE GOIANIA	GO	105311634

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
36,00	CAIXA	HOSPDROGAS		186,000	186,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
022.0175	AGUA OXIGENADA 10 VOL 1LT Marca VIC P HARMA MS NOT SIMPLIFICADA Valid 01-05-2026	MJ7660	30039099	020	5102	UN	1,00	4,49	4,49	2,60	0,49	0,00	19,00	0,00
022.0204	ESCOVA C/ CLOREXIDINA (CHLORCLEAR 2 %) 12ML Marca VIC PHARMA MS NOT SIMPLIFICADA Valid: 01-06-2027	MJ7764	30039099	020	5102	UN	48,00	1,50	72,00	41,68	7,92	0,00	19,00	0,00
030.0084	LUVA PROCEDIMENTO LATEX C/PO TAM P UN Marca DESCARPACK MS 10330660179 Valid: 01-02-2029	LTP00A24	40151200	020	5102	UN	3.800,00	0,207	786,60	455,41	86,53	0,00	19,00	0,00
030.0077	AGULHA HIPODERMICA 40x12 Marca DESC ARPACK MS 10330660063 Valid: 01-06-2029	SER009A 24	90183219	020	5102	UN	1.000,00	0,07	70,00	40,53	7,70	0,00	19,00	0,00
030.0345	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL BRANCO 10 CMX4,5M ADPELE Marca MISSNER MS ISENTO Valid: 01-05-2026	NSH12001	30051090	020	5102	UN	30,00	7,32	219,60	127,14	24,16	0,00	19,00	0,00
030.0364	SERINGA 5ML C/AG 25x7 LUER SLIP Marca S R MS 80026180014 Valid: 11-06-2029	L935	90183119	120	5102	UN	2.500,00	0,18	450,00	260,53	49,50	0,00	19,00	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
pedido 462126 Endereço de entrega AVENIDA PERNAMBUCO Nro. 219 76.590-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO PROCESSO Nº 2166/2024 - CONTRATO DE GESTÃO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA Segue os dados bancarios: BANCO DO BRASIL AG. 4148-3 C/C 33339-5 ICMS REDUÇAO DE BASE DE CALCULO ICMS 11% ANEXO IV, ART 8, VIII DO RCTE-GO/1997. A HOSPDROGAS declara, que os produtos constantes no presente documento fiscal, possuem rastreabilidade, licitude e autenticidade conforme Art. 07 da RDC 430 de 08 de outubro de 2020. Trib aprox R$ 122,00 Estadual Fonte: IBPT 5os7gW

ATENCAO AO RECEBER, CONFIRA TODA MERCADORIA. EM CASO DE DIVERGÊNCIA E/OU AVARIAS (EMB/PRODUTOS) DESCREVA NO CONHECIMENTO DE TRANSPORTE OU NO VERSO DA NOTA FISCAL. LIGUE IMEDIATAMENTE PARA (62) 9 8103-0117 / 3012-1101. NAO SEGUINDO ESTA ORIENTACAO, NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES POSTERIORES A ENTREGA!
Representante 003585 - ALINNY MARIANY SILVA.
Nr.Pedido 180393, Nr.Embarque 187933
pedido 462126
Endereço de entrega
AVENIDA PERNAMBUCO Nro. 219 76.590-000 SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO

RESERVADO AO FISCO

HOSPDROGAS

Identificação do emitente
HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP
AV. OESTE S/N QUADRA 01 LOTE 03
ARMZ 02
PQ IN VC JOSE ALENCAR
APARECIDA DE GOIANIA – GO
CEP 74993-394 – 6240121199
WWW.HOSPDROGAS.COM.BR

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 0086132 FL. 2 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5224 0708 7749 0600 0175 5500 3000 0861 3212 6449 4621

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 OU RECEB TERCEIROS		152247784664073 19/07/2024 15:12:06
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
104153377		08.774.906/0001-75

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	LOTE	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
030.0305	SERINGA 20ML C/AG 25x7 LUER SLIP Marca: SR MS: 80020380014 Valid: 01-03-2028	K357	90183119	020	5102	UN	1.000,00	0,35	350,00	202,63	38,50	0,00	19,00	0,00
030.0344	SERINGA 10ML C/AG 25x7 LUER SLIP Marca: SR MS: 80026180014 Valid: 18-04-2028	K482	90183119	020	5102	UN	2.000,00	0,26	520,00	301,05	57,20	0,00	19,00	0,00
030.0816	LUVA PROCEDIMENTO LATEX C/PO TAM G UN Marca: NUGARD MS: 80748910009 Valid: 01-02-2026	2840A60	40151200	020	5102	UN	1.800,00	0,196	352,80	204,25	38,81	0,00	19,00	0,00
030.0829	CAIXA COLETORA PERFUROCORTANTE 20 L ECOLOGIC Marca: FLEXPEL MS: 8070457 0003 Valid: 30-11-2028	LC241012 6C	48191000	020	5102	UN	40,00	5,19	207,60	120,19	22,84	0,00	19,00	0,00
030.1387	ATADURA GESSADA 20CMX4,0M CYSNE TIP O TELA Marca: CREMER MS: 80245210070 Valid: 01-06-2027	097262426 F	90211099	020	5102	UN	20,00	4,17	83,40	48,28	9,17	0,00	19,00	0,00
030.1655	SONDA FOLEY LATEX 2 VIAS N 18 BALAO 15 -30ML SILICONIZADA Marca: MEDIX MS: 80 40959004 Valid: 01-01-2028	221042	90183921	020	5102	UN	40,00	1,96	78,40	45,39	8,62	0,00	19,00	0,00
030.1711	FITA MICROPOROSA BRANCA HIPOALERGE NICA 10CMX10M ADPELL Marca: MISSNER MS: 80003300004 Valid: 02-07-2025	RAM1500 1	30051090	020	5102	UN	30,00	8,21	246,30	142,59	27,09	0,00	19,00	0,00
030.1737	CATETER NASAL P/OXIGENIO TIPO OCULOS ADULTO 1,5M Marca: BIOSANI MS: 80286000 007 Valid: 01-07-2027	64910	90183929	020	5102	UN	200,00	0,82	164,00	94,95	18,04	0,00	19,00	0,00
030.1795	TOUCA DESCART SANFONADA C/ELAST BR ANCA UN SOFT Marca: ANADONA MS: 80175 349005 Valid: 01-05-2026	40624	62101000	020	5102	UN	1.800,00	0,06	108,00	62,53	11,88	0,00	19,00	0,00
030.1805	ALGODAO HIDROFILO 500G POLAX Marca: F ARGL MS: 10341660006 Valid: 30-03-2029	21224	56012110	020	5102	UN	15,00	11,86	177,90	102,99	19,57	0,00	19,00	0,00
035.0037	BOBINA P/ESTERILIZACAO PAPEL/GRAU CI RUR 350MMX100M (GRAU 60) Marca: ZERMA TT MS: ISENTO Valid: 31-08-2026	26857	48195000	020	5102	UN	1,00	126,13	126,13	73,02	13,87	0,00	19,00	0,00
040.0059	CLORO LINK (HIPOCLORITO DE SODIO) 1% GL 5L Marca: PROLINK MS: 326100012 Valid: 01-10-2025	P24040023	38089429	020	5102	UN	10,00	10,87	108,70	62,93	11,96	0,00	19,00	0,00
040.0074	FORMOL LIQUIDO TAMPONADO 10% (FORM ALDEIDO) V.V 1L Marca: INDALABOR MS: N OT. SIMPLIFICADA Valid: 01-05-2025	0309324	29121100	020	5102	UN	12,00	6,94	83,28	48,21	9,16	0,00	19,00	0,00

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 12:44:58
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.014.600
VALOR TOTAL 2.118,60
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: VANDEIR ALVES NOGUEIRA ME
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 14.600-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 6.573.1FE.EE1.1B2.E69

www.emissornfe.com.br

RECEBEMOS DE VANDEIR ALVES NOGUEIRA ME OS PRODUTOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | Valor: 2.118,60 | Nº Fat. | **NF-e** N: 000001200 **SÉRIE:** 1

DATA DE RECEBIMENTO | RECEBEDOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

Projeto Integração NF-e
www.nfedll.com.br

VANDEIR ALVES NOGUEIRA ME

AVENIDA JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO, 0 - 0
SETOR CENTRO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO
CEP: 76590-000
Fone: (62) 99831-7055

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

No: 000001200
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 5224 0302 9029 1500 0118 5500 1000 0012 0010 0002 8678

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: 152247299079553 04/03/2024 21:17:56

521D29029150001180001105004 4

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
103112340		02.902.915/0001-18

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL				CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE				27.949.878/0002-05	04/03/2024
ENDEREÇO			BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA PERNAMBUCO Nº 219 - 219			ELIZIARIO	76590-000	04/03/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3942-5940	GO			21:17:40

FATURA
OUTROS

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS SUB	VALOR DO ICMS SUB	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	89,00	2.118,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**2.118,60**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
-				-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc (R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
8	PAO FRANCES	19059090	0102	5102	KG	117,7	18,0000	2.118,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Documento emitido por ME ou EPP optante Simples Nacional Não gera direito a credito de ICMS IPI e ISS PROCESSO NUMERO 113/2024 CONTRATO DE GESTAO 139/2048 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA AGENCIAAGENCIA 0757-9 CONTA 14.600-5 VANDEIR ALVES NOGUEIRA

RESERVADO AO FISCO

Ana Clara Viana
06/03/24

www.emissornfe.com.br

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vizinhal.com.br/validador/publico/validar-assinatura-anexo informando o código 8075 e o código verificador 11E

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 3.737,68
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071221
AUTENTICACAO SISBB: F.786.020.C68.1A1.975

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI - SUPERMERCADO MULTI VARIEDADES

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-2070

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.358
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0330 2286 6800 0151 5500 1000 2323 5812 3235 8127

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
NF-e DE VENDA		152247377132820 27/03/2024 12:25:15
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
10.729.732-9		30.228.668/0001-51

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	27/03/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA
AV. PERNAMBUCO, 219 - -	ELIZIARIO	76590-000		27/03/2024
MUNICÍPIO	UF / FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			12:25:09

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC. ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.737,68

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.737,68

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC.	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS
7896212919949	ARROZ SAFRA POLIDO T-3 PCT 5KG	10063021	0102	5102	UN	20	29,50	590,00	0,00	0,00	
7892840819170	ACHOC PO TODDY 750GR	18069000	0102	5102	UN	5	19,00	95,00	0,00	0,00	
7898185000051	ACUCAR CRISTAL ECOCUCAR 2KG	17019900	0102	5102	UN	20	8,79	175,80	0,00	0,00	
7899607205160	AZEITONA SABORELLE S CAROCO POUCH 120G	20057000	0102	5102	UN	6	6,40	38,40	0,00	0,00	
7897856100113	CAFE SAN MARCOS 250GR	09012100	0102	5102	UN	25	8,99	224,75	0,00	0,00	
7891098000163	CHA LEAO CAMOMILA 10GR	12119090	0102	5102	UN	20	3,40	68,00	0,00	0,00	
7891011125621	COADOR GO	63079090	0102	5102	UN	4	9,20	36,80	0,00	0,00	
7891089062231	COCO RALADO LA VIOLETEIRA 100 GR	08011100	0102	5102	UN	6	4,99	29,94	0,00	0,00	
7898215151784	CREME LEITE PIRACANJUBA TP 200GR	04015021	0102	5102	UN	20	3,35	67,00	0,00	0,00	
7896102502534	EXT TOM QUERO TP 320GR	20029090	0102	5102	UN	8	3,45	27,60	0,00	0,00	
7897089414186	FEIJAO GAROTINHO CARIO T1 1	07133399	0102	5102	UN	25	7,90	197,50	0,00	0,00	
7898902259021	FAR DE TRIGO SOTRIGO TP 1 1	11010010	0102	5102	UN	15	4,40	66,00	0,00	0,00	
7896005271964	FERMENTO FERMIX D BENTA SECO 10GR	21023000	0102	5102	UN	20	1,25	25,00	0,00	0,00	
7622300119652	FERMENTO PO QUIMICO ROYAL 250GR	21023000	0102	5102	UN	1	11,70	11,70	0,00	0,00	
7898215151708	LEITE L VIDA PIRACANJUBA INTEGRAL 1LT	04012010	0102	5102	UN	100	5,69	569,00	0,00	0,00	
7898215152002	LEITE CONDENSADO PIRACANJ 395GR	04029900	0102	5102	UN	15	6,90	103,50	0,00	0,00	
7896212911738	MAC SEMOLA CRISTAL ESPAGUETE8 500G	19021990	0102	5102	UN	60	4,40	264,00	0,00	0,00	
7896102584998	MAIONESE QUERO POTE 495GR	21039011	0102	5102	UN	10	8,60	86,00	0,00	0,00	
7899659900785	MILHO VERDE BONARE LATA 170G	20058000	0102	5102	UN	6	4,80	28,80	0,00	0,00	
7894904271511	MARG DELICIA 1KG CREM 70 LIP	15171000	0102	5102	UN	5	18,75	93,75	0,00	0,00	
7896914011576	PAPEL TOALHA SOCIAL CLEAN 100 FL 1UN	48189090	0102	5102	UN	60	6,90	414,00	0,00	0,00	
7891107101621	OLEO SOJA SOYA PET 900ML	15079011	0102	5102	UN	60	5,69	341,40	0,00	0,00	
7896035921297	POLVILHO MATUTO DOCE 1KG	11081400	0102	5102	UN	6	14,79	88,74	0,00	0,00	
7897167100222	SAL MARINHO NATURAL SOSAL 1KG IOADO	25010020	0102	5102	UN	5	2,00	10,00	0,00	0,00	
7622210569790	REFRESCO FRESH LARANJA ADOC 15GR	21069010	0102	5102	UN	50	1,70	85,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=SIRLENE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1215/2024. CONTRATO DE GESTAO No 159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. BCO SICOOB AG 5024-5 C/C 21035-8 ORZELITA RODRIGUES SILVA	Ana Clara Viana Nutricionista CRN 22637/D 27/03/24

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.358 EMISSÃO 27/03/2024 VALOR TOTAL 3.737,68 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV. PERNAMBUCO, 219, ELIZIARIO, 76590-000-SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 232.358 SÉRIE 1

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.wzdigital.com.br/mualeco/public/validar-assinatura-anexo informando o código 8590 e o código verificador 1279.

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 12:44:58
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.757.000.014.600
VALOR TOTAL 2.111,94
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: VANDEIR ALVES NOGUEIRA ME
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 14.600-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO 5.4BA.B73.AFB.3D5.F8C

www.gerenciagrafica.com.br

RECEBI(EMOS DE VANDELIR ALVES NOGUEIRA ME OS PRODUTOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO

Valor: 2.111,94 Nº Fat.	NF-e N: 000001266 SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO | RECEBEDOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

Projeto Integração NF-e
www.nfedit.com.br

VANDELIR ALVES NOGUEIRA ME

AVENIDA JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO, 0 - 0
SETOR CENTRO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO
CEP: 76990-000
Fone: (62) 99831-7055

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

No.: 000001266
Série: 1
Folha(s): 1/1

Chave de Acesso: 5224 0502 9029 1500 0118 5500 1000 0012 6610 0001 9090

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: 152247504260958 02/05/2024 17:11:18

52102902915000118000110200044

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
103112340		02.902.915/0001-18

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	02/05/2024
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA PERNAMBUCO NÂº 219 - 219		ELIZIARIO	76590-000	02/05/2024
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3942-5940	GO			17:11:11

FATURA
OUTROS

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	89,00	2.111,94

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**2.111,94**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
-				-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc (R$)	B. CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
1	PAO FRANCES	19059090	0102	5102	KG	117,33	18,0000	2.111,94	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Documento emitido por ME ou EPP optante Simples Nacional Não gera direito a crédito de ICMS, IPI e ISS Processo N. 0375/2024 - contrato de garantia 159/2018 fundo municipal de saude SMA Agencia: 0757-9 conta: 14.600-5 Vandelir Alves Nogueira

RESERVADO AO FISCO

Ana Clara Viana
02/05/24

www.gerenciagrafica.com.br

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09:36.48
3648X01648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 2.652,45
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071817
AUTENTICACAO SISBB: 6.415.B09.0AD.4E0.AD2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI - SUPERMERCADO MULTI VARIEDADES

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-2070

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.357
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0330 2286 6800 0151 5500 1000 2323 5712 3235 7123

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
NF-e DE VENDA		152247377028978 27/03/2024 11:59:30
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
10.729.732-9		30.228.668/0001-51

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	27/03/2024
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AV. PERNAMBUCO, 219 - -		ELIZIARIO	76590-000	27/03/2024
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			11:59:26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.652,45

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.652,45

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS
7896083800247	AGUA SANITARIA Q BOA 5LT	28289011	0102	5102	UN	15	23,70	355,50	0,00	0,00	
7896056401546	DESINFETANTE URCA LAVANDA 2LT	38089419	0102	5102	UN	15	8,90	133,50	0,00	0,00	
7898247337090	LAVA LOUCAS OESTE NEUTRO 500 ML	34022000	0102	5102	UN	25	2,45	61,25	0,00	0,00	
7896061917295	PAPEL HIG FD SUBLIME SOFTYS L12P11 30MT	48181000	0102	5102	UN	25	24,00	600,00	0,00	0,00	
7898968878068	SACO LIXO 100L PURACASA PTO ALM	39232190	0102	5102	UN	40	7,80	312,00	0,00	0,00	
7898968878044	SACO LIXO 050L PURACASA PTO ALM	39232190	0102	5102	UN	40	7,80	312,00	0,00	0,00	
7898968878037	SACO LIXO 030L PURACASA ROLO PTO	39232190	0102	5102	UN	10	11,95	119,50	0,00	0,00	
7898968878013	SACO LIXO 015L PURACASA ROLO PTO	39232190	0102	5102	UN	10	12,30	123,00	0,00	0,00	
7896098909843	SABAO EM PO TIXAN YPE MACIEZ FX 1,6KG	34022000	0102	5102	UN	8	24,90	199,20	0,00	0,00	
7899674036223	PURIF PURO AR AERO CAPIM LIMAO 350ML UN	38085910	0102	5102	UN	15	19,90	298,50	0,00	0,00	
7891035800214	MULTIUSO VEJA GOLD 500ML	34025000	0102	5102	UN	20	6,90	138,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=SIRLENE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1218/2024. CONTRATO DE GESTAO 159/2018 - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. BCO SICOOB AG 5024-5 C/C 21035-8. ORZELITA RODRIGUES SILVA	Ana Clara Viana Nutricionista CRN/1 Nº 22637/P 27/03/24

Tabs Soft Gestão Comercial (62)99910-3041 Email pollo5.0@hotmail.com — Gerado pelo UniDANFE 1.9.10 Free - www.unidanfe.com.br

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.357 EMISSÃO 27/03/2024 VALOR TOTAL 2.652,45 DESTINATÁRIO INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV. PERNAMBUCO, 219, ELIZIARIO, 76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 232.357 SÉRIE 1

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade desse documento pode ser conferida no site https://oscanco.vsan.com.br/virtualdoc/public/ usando o código 8559 e o código verificador 1279.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.626-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0914-8 - PAC S GABRIEL DO OESTE MS
CONTA: 54.264-6

FAVORECIDO: MARIA ODETE F. FARIA AZEVEDO
CPF/CNPJ: 08.252.394/0001-87
VALOR: R$ 4.646,00
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071803
AUTENTICACAO SISBB: 8.C8D.0EF.130.143.72A

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MARIA ODETE F. FARIA AZEVEDO - ME - CASA DE CARNE SANTA MARIA

RUA 6, 723 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-6417

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

574
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0608 2523 9400 0187 5500 1000 0005 7410 0057 4129

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
NF-e DE VENDA		152247673364836 18/06/2024 19:01:22
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
10.403.593-5		08.252.394/0001-87

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	18/06/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA PERNANBUCO QUADRA 19, 219 - -	ELIZIARIO		76590-000	18/06/2024
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			19:01:13

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	4.646,00

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**4.646,00**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC.	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS
2	CARNE DE SEGUNDA	99999900	0102	5102	KG	54	34,00	1.836,00	0,00	0,00	
5	COSTELA BOVINA	99999900	0102	5102	KG	18	20,00	360,00	0,00	0,00	
2100000000055	CARNE PALOMA	02102000	0102	5102	KG	70	35,00	2.450,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=ODETE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1609/2024-CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. AGENCIA 914,CONTA CORRENTE 54264-6 CNPJ 08.252.394/0001-87. CASA DE CARNE SANTA MARIA	Ana Clara Viana 19/06/24

Lider Soft Gestão Comercial Email pollo3.1@hotmail.com (62)99910-2041 — Gerado em 18/06/2024 às 19:01:44 pelo UniDANFE 1.7.13 Free (www.unidanfe.com.br)

RECEBEMOS DE MARIA ODETE F. FARIA AZEVEDO - ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 574 EMISSÃO 18/06/2024 VALOR TOTAL 4.646,00 DESTINATÁRIO INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AVENIDA PERNANBUCO QUADRA 19, 219, ELIZIARIO, 76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 574 SÉRIE 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO 09.38.48
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0914-8 - PAC S GABRIEL DO OESTE MS
CONTA: 54.264-6

FAVORECIDO: MARIA ODETE F. FARIA AZEVEDO
CPF/CNPJ: 08.252.394/0001-87
VALOR: R$ 4.158,00
DEBITO EM: 16/07/2024

DOCUMENTO: 071812
AUTENTICACAO SISBB: 4.0FF.EDB.4C8.2D8.0EA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MARIA ODETE F. FARIA AZEVEDO - ME - CASA DE CARNE SANTA MARIA

RUA 6, 723 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-6417

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

575
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0608 2523 9400 0187 5500 1000 0005 7510 0057 5122

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
NF-e DE VENDA		152247692336353 24/06/2024 10:56:50
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ**
10.403.593-5		08.252.394/0001-87

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	24/06/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA PERNANBUCO QUADRA 19, 219 - -	ELIZIARIO		76590-000	24/06/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			10:56:46

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	4.158,00

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**4.158,00**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC.	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS
2	CARNE DE SEGUNDA	99999900	0102	5102	KG	42	34,00	1.428,00	0,00	0,00	
2100000000055	CARNE PALOMA	02102000	0102	5102	KG	78	35,00	2.730,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=ODETE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No1878/2024 CONTRATO DE GESTAO 159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. AGENCIA 914, CONTA CORRENTE 54264-6 CNPJ 08.252.394/0001-87	Ana Clara Viana 24/06/24

RECEBEMOS DE MARIA ODETE F. FARIA AZEVEDO - ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 575 EMISSÃO 24/06/2024 VALOR TOTAL 4.158,00 DESTINATARIO INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AVENIDA PERNANBUCO QUADRA 19, 219, ELIZIARIO, 76590-000 SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 575 SÉRIE 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.48
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 2.606,76
DEBITO EM: 18/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071819
AUTENTICACAO SISBB: C.E84.7EF.961.D4D.AD0

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI - SUPERMERCADO MULTI VARIEDADES

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-2070

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.439
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0630 2286 6800 0151 5500 1000 2324 3912 3243 9128

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
152247682903758 21/06/2024 13:15:46

NATUREZA DA OPERAÇÃO		CNPJ
NF-e DE VENDA		30.228.668/0001-51
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	
10.729.732-9		

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	21/06/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA
AV. PERNAMBUCO, 219 - -	ELIZIARIO	76590-000		21/06/2024
MUNICÍPIO	UF / FONE / FAX		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			13:15:41

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	2.606,83
VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI / TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,07	0,00	0,00 / 2.606,76

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	V TOTAL LÍQUIDO	B CALC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS
7896733300820	COXA SOB FRANGO CONG FRIATO 1KG	02071400	0102	5102	UN	27,16	13,50	366,66	366,59	0,00	0,00	
55000011829	FRANGO CONG FRIATO KG	02071200	0102	5102	KG	226,28	9,90	2.240,17	2.240,17	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Operador - SIRLENE
INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1877/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. BCO SICOOB AG 5024-5 C/C 21035-8. ORZELITA RODRIGUES SILVA

RESERVADO AO FISCO

Ana Clara Viana
Nutricionista
CRN9 Nº 29857/P

Lado: Sub Geral; Comercial (62)99918-3041 Emite pedido? Orçamento com

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.439 EMISSÃO: 21/06/2024 VALOR TOTAL 2.606,76 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV. PERNAMBUCO, 219, ELIZIARIO, 76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
232.439
SÉRIE 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.48
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0914-8 - PAC S GABRIEL DO OESTE MS
CONTA: 56.652-3

FAVORECIDO: ROGERIO DOS SANTOS ROQUE
CPF/CNPJ: 15.373.473/0001-01
VALOR: R$ 4.675,90
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071818
AUTENTICACAO SISBB: 1.EE4.2A8.138.F02.040

www.nfedigita.com.br

RECEBEMOS DE ROGERIO DOS SANTOS ROQUE - ME OS PRODUTO(S) CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO	Valor: 4.675,90 Nº Fat:	NF-e N: 000001267 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	RECEBEDOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE	

Integração NF-e

www.nfedll.com.br

ROGERIO DOS SANTOS ROQUE - ME

AVENIDA JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO, 3892 - QD 37 LT 07
SETOR OLSTE
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO
CEP: 76590-000
Fone: (62) 3364-1730

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

No: 000001267
Série: 1
Folha(s): 1 /1

Chave de Acesso: 5224 0615 3734 7300 0101 5500 1000 0012 6710 0865 4459

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: 152247669238965 17/06/2024 17:32:48

52115373473000101000111700044

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS		
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 105310042	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ: 15.373.473/0001-01

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	17/06/2024
ENDEREÇO: AV. PERNAMBUCO QD19 SALA DA DIRETORIA - 219		BAIRRO/DISTRITO: ELIZIARIO	CEP: 74815-715	DATA DA SAÍDA: 17/06/2024
MUNICÍPIO: SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	FONE / FAX	UF: GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAÍDA: 17:32:33

FATURA

OUTROS

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB	VALOR DO ICMS SUB	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	683,00	4.675,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**4.675,90**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO (KG)	PESO LIQUIDO (KG)
-	Diversos	Diversos	0	-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
83	ABOBORA KABUTIA	34022000	0300	5405	KG	52	7,5000	390,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
89	ABOBRINHA VERDE	34022000	0300	5405	KG	8	7,0000	56,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
84	ALFACE	34022000	0300	5405	PT	15	9,0000	135,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
88	ALHO	34022000	0300	5405	KG	15	38,0000	570,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
81	BANANA TERRA	34022000	0300	5405	KG	5	12,5000	62,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
82	BANANA PRATA	34022000	0300	5405	KG	46	8,0000	368,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
92	BATATA	34022000	0300	5405	KG	70	10,5000	735,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
90	BETERRABA	34022000	0300	5405	KG	15	11,5000	172,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
85	CEBOLA	34022000	0300	5405	KG	35	11,0000	385,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
86	CENOURA	34022000	0300	5405	KG	23	11,8000	271,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
87	CHEIRO VERDE	34022000	0300	5405	PT	10	6,0000	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
79	CHUCHU	34022000	0300	5405	KG	6	6,5000	39,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
130	MANDIOCA	02071400	0102	5405	KG	5	6,5000	32,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
80	MILHO VERDE CARTELADO	34022000	0300	5405	UN	66	1,5000	99,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
118	OVO BRANCO	04070090	0102	5405	DZ	26	10,0000	260,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
141	QUIABO	02071400	0102	5405	KG	6	7,5000	45,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
78	REPOLHO	34022000	0300	5405	KG	38	8,5000	323,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
91	TOMATE	34022000	0300	5405	KG	48	14,0000	672,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Documento emitido por ME ou EPP optante Simples Nacional Não gera direito a crédito de ICMS, IPI e ISS PROCESSO N.1774-2024 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. DADOS PARA PAGAMENTO BANCO SICREDI ROGERIO DOS SANTOS ROQUE AGENCIA 0914 CONTA CORRENTE 56652-3	Ana Clara Siana 17/06/24

www.nfedigita.com.br

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.wazigital.com.br/virtual/docs/public/validar-assinatura-anexo informando o código 15364 e o código verificador 2133.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.48
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0914-8 - PAC S GABRIEL DO OESTE MS
CONTA: 56.652-3

FAVORECIDO: ROGERIO DOS SANTOS ROQUE
CPF/CNPJ: 15.373.473/0001-01
VALOR: R$ 4.343,10
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071811
AUTENTICACAO SISBB: 0.C8C.14B.FF6.A7A.A71

www.emissaonfe.com.br

RECEBEMOS DE ROGERIO DOS SANTOS ROQUE - ME OS PRODUTOS CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | Valor: 4.343,10 | Nº Fat.: | **NF-e** N: 000001268 SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO | RECEBEDOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

Projeto Integração NF-e
www.nfedll.com.br

ROGERIO DOS SANTOS ROQUE - ME

AVENIDA JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO, 3892 - QD 37 LT 07
SETOR OESTE
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO
CEP: 76590-000
Fone: (62) 3364-1730

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

No: 000001268
Série: 1
Folha(s): 1 /1

Chave de Acesso: 5224 0615 3744 7300 0101 5500 1000 0012 6810 0002 4360

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: 152247680112709 20/06/2024 17:08:26

52115373473000101000112000044

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE PRODUçãO DO ESTABELECIMENTO EM OPERAçãO C

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
105310342		15.373.473/0001-01

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	20/06/2024
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AV. PERNAMBUCO QD19 SALA DA DIRETORIA - 219		ELIZIARIO	74815-715	20/06/2024
MUNICÍPIO	FONE/FAX / UF / INSCRIÇÃO ESTADUAL / SUFRAMA			HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			17:08:14

FATURA

OUTROS

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. DO ICMS SUB	VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	652,00	4.343,10

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**4.343,10**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
-	Diversos	Diversos	0	-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc. (R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
40	ABOBORA KABUTIA	34022000	0300	5401	KG	29	6,3000	245,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
84	ALFACE	34022000	0500	5401	PT	20	10,0000	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
88	ALHO	34022000	0300	5401	KG	11	38,0000	418,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
83	BANANA PRATA	34022000	0300	5401	KG	35	7,8000	273,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
82	BATATA	34022000	0300	5401	KG	95	13,5000	1.282,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
80	BETERRABA	34022000	0300	5401	KG	21	10,9000	228,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
35	CEBOLA	34022000	0300	5401	KG	33	10,0000	330,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
76	CENOURA	34022000	0300	5401	KG	25	11,5000	287,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
87	CHEIRO VERDE	34022000	0300	5401	PT	5	6,0000	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
79	CHUCHU	34022000	0300	5401	KG	8	8,0000	64,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
109	COUVE	34022000	0102	5401	UN	10	10,0000	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
118	OVO BRANCO	04070090	0102	5401	DZ	20	10,0000	200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
67	PIMENTA DE CHEIRO	34022000	0300	5401	KG	2	18,0000	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
68	REPOLHO	34022000	0300	5401	KG	15	8,5000	127,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
90	TOMATE	34022000	0300	5401	KG	40	13,0000	520,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Documento emitido por ME ou EPP optante Simples Nacional.Não gera direito a crédito de ICMS, IPI e ISS.PROCESSO N 1875/2024 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. DADOS PARA PAGAMENTO BANCO SICREDI ROGERIO DOS SANTOS ROQUE AGENCIA 0914 CONTA 56652-3

RESERVADO AO FISCO

Ana Clara Viana
20/06/24

www.emissaonfe.com.br

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.50
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 3.042,08
DEBITO EM: 24/07/2024

DOCUMENTO: 072404
AUTENTICACAO SISBB: 3.E02.B59.5E7.557.678

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI - SUPERMERCADO MULTI VARIEDADES

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-2070

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.434
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0630 2286 6800 0151 5500 1000 2324 3412 3243 4120

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
NF-e DE VENDA		152247654843462 13/06/2024 15:08:56
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ**
10.729.732-9		30.228.668/0001-51

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	13/06/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV. PERNAMBUCO, 219 - -	ELIZIARIO		76590-000	13/06/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			15:08:52

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.042,08

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.042,08

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS
7896733300868	FILE DE PEITO CONG FRIATO ENVELOPADO KG	02071400	0102	5102	KG	7,654	19,90	152,31	0,00	0,00	
7898040082079	FRANGO C MIUDIOS RESF SF 1KG	02071100	0102	5102	KG	284,260	9,90	2.814,17	0,00	0,00	
7898040080228	PEITO RESF PCT KG	02071300	0102	5102	KG	5,040	15,00	75,60	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=SIRLENE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1610/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. BCO SICOOB AG 5024-5 C/C 21035-8. ORZELITA RODRIGUES SILVA.	Ana Elba V. Silva 13/06/24

Gerado pelo DanDANFE 1.9.10 Free | www.sandsoft.com.br

Lider Soft Gestão Comercial (62)99919-2041 Email: polo5@hotmail.com

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.434 EMISSÃO: 13/06/2024 VALOR TOTAL: 3.042,08 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV. PERNAMBUCO, 219, ELIZIARIO, 76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
232.434
SÉRIE 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0914-8 - PAC S GABRIEL DO OESTE MS
CONTA: 66.002-2

FAVORECIDO: J A DE SOUSA COMERCIO DE GAS LTDA
CPF/CNPJ: 51.502.261/0001-40
VALOR: R$ 760,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071225
AUTENTICACAO SISBB: 4.28D.9F3.C9B.CA5.CAA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

J A DE SOUSA COMERCIO DE GAS LTDA - JOTTINHA GAS

AVENIDA SAO PAULO, 444 - SETOR ELIZIARIO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 9919-2041

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

005
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0651 5022 6100 0140 5500 1000 0000 0510 0000 5120

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
NF-e DE VENDA		152247674879958 19/06/2024 10:47:07
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ/CPF**
20.059.354-4		51.502.261/0001-40

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	19/06/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV PERNAMBUCO, 219	SETOR ELIZIARIO		76590-000	19/06/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			10:47:02

CÁLCULO DO IMPOSTO

B. CÁLC ICMS	VLR ICMS	B. CÁLC ICMS ST	VLR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	760,00

VLR FRETE	VLR SEGURO	VLR DESCONTO	OUTRAS DESP	VLR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**760,00**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC.	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transp.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS
700144	GLP ENVASADO EM BOTIJAO DE 45KG	73110000	0102	5656	KG	2	380,00	760,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=JOTTINHA INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1711/2024-CONTRATO DE GESTAO 159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. AGENCIA 266, CONTA CORRENTE 14069-4 BRADESCO. JOTA LUNE ARAUJO DE SOUSA	Ana Clara Viana 19/06/24

Lider Soft Gestão Comercial (62)99919-2041 Email:pcltec5.00@hotmail.com
Gerado pelo DellDANFE 1.7.15 Free | www.dellsafe.com.br

RECEBEMOS DE J A DE SOUSA COMERCIO DE GAS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 005, EMISSÃO: 19/06/2024 VALOR TOTAL: 760,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV PERNAMBUCO, 219, SETOR ELIZIARIO, 76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 005 SÉRIE 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 748 - BCO COOPERATIVO SICREDI S.A.
AGENCIA: 0914-8 - PAC S GABRIEL DO OESTE MS
CONTA: 66.002-2

FAVORECIDO: J A DE SOUSA COMERCIO DE GAS LTDA
CPF/CNPJ: 51.502.261/0001-40
VALOR: R$ 760,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071224
AUTENTICACAO SISBB: 0.295.528.05F.474.906

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

J A DE SOUSA COMERCIO DE GAS LTDA - JOTTINHA GAS

AVENIDA SAO PAULO, 444 - SETOR ELIZIARIO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 9919-2041

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

009
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0651 5022 6100 0140 5500 1000 0000 0910 0000 9125

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
NF-e DE VENDA		152247707953999 28/06/2024 13:52:26
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ/CPF
20.059.354-4		51.502.261/0001-40

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	28/06/2024
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
AV.PERNAMBUCO, 219	SETOR ELIZIARIO		76590-000	28/06/2024
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			13:52:24

CALCULO DO IMPOSTO

B. CALC ICMS	VLR ICMS	B. CÁLC ICMS ST	VLR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	760,00

VLR FRETE	VLR SEGURO	VLR DESCONTO	OUTRAS DESP	VLR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	760,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transp.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS
700144	GLP ENVASADO EM BOTIJAO DE 45KG	27111000	0102	5656	KG	2	380,00	760,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=JOTTINHA INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 18792/2024-CONTRATO DE GESTAO 159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. AGENCIA 0266, CONTA 14069-4, JOTA LUNE DE SOUSA.	Ana Clara Viana 01/07/24

Lider Soft Gestão Comercial 6299919-2041 Email:polle5 60@hotmail.com — Gerado pelo UniDANFE 1.7.15 Free | www.unialeo.com.br

RECEBEMOS DE J A DE SOUSA COMERCIO DE GAS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 009 EMISSÃO: 28/06/2024 VALOR TOTAL: 760,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV.PERNAMBUCO, 219, SETOR ELIZIARIO 76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 009 SÉRIE 1

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vozdigital.com.br/rhvalidadoc/public/validar-assinatura-interna informando o código 14818 e o código verificador 2068.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0794-3 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 1.921-9

FAVORECIDO: REINALDO PASCUALOTE JUNIOR
CPF/CNPJ: 07.459.585/0001-51
VALOR: R$ 490,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071223
AUTENTICACAO SISBB: 0.2CA.782.972.358.572

RECEBEMOS DE REINALDO PASCUALOTE JUNIOR OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO EMISSÃO: 29/04/2024 - DEST./REM.: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - VALOR TOTAL: R$ 490,00		NF-e Nº 000000796 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

REINALDO PASCUALOTE JUNIOR

AVENIDA JOSE PEREIRA DO NASCIMENTO QD 6 LT 3
3305 ESQ. C. RUA 06 - SETOR CENTRO - CEP: 76590-000 -
São Miguel do Araguaia - GO
TEL: (62)3364-4250 - FAX: 3364-4250

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000000796 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
5224 0407 4595 1500 0151 5500 1000 0007 9610 4602 9292

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 MERCADORIA DENTRO DO ESTADO	152247493403617 29/04/2024 17:02:29

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ
103900985		07.459.585/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	29/04/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA/ENTRADA**
AV. PERNAMBUCO, 219 QUADRA 19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000	29/04/2024
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62)1942-5940	GO		17:02:25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS S.T.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	490,00

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	490,00

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
		0			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD./SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0005707	TAMPA 77 POTE 300E E 500	39239002	0102	5102	UND	4,00	11,00	0,00	44,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005783	POTE 300ML ALTAS COPOS	39239002	0102	5102	UND	4,00	13,00	0,00	52,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003647	BOBINA PIC KG	22021000	0102	5102	UN	2,00	37,00	0,00	74,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006476	MARMITEX 1207 M-80 C/ TAMPA	39235000	0102	5102	UND	8,00	40,00	0,00	320,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CASA DAS EMBALAGENS
Reinaldo Pascualote Junior
CNPJ 07.459.585/0001-51

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Val Aprox Trib. Federal R$ 4,39 (21, 53%) Estadual R$ 3,18 (15,60%) Fonte: IBPT PROCESSO Nº 1211/2024 - CONTRATO DE GESTÃO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL AG. 0794 OP 003 CONTA 1921-9	Ana Clara Viana 29/04/24

SOFTWARE SOLUÇÃO SIP

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09:38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 924,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071222
AUTENTICACAO SISBB: D.454.BCC.67B.201.A64

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI - SUPERMERCADO MULTI VARIEDADES

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-2070

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.373
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0430 2286 6800 0151 5500 1000 2323 7312 3237 3126

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
NF-e DE VENDA		152247454333332 18/04/2024 11:42:09
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT**	**CNPJ**
10.729.732-9		30.228.668/0001-51

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE				27.949.878/0002-05	18/04/2024
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV. PERNAMBUCO, 219 - -		ELIZIARIO		76590-000	18/04/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO				11:42:05

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	924,00

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	924,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEIC	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS
7898702616036	COLHER DESCARTAVEL STRAWPLAST 50UN	39241000	0102	5102	UN	10	4,90	49,00	0,00	0,00	
7898968878662	COPO DESC 200ML PP TRANSP PURACASA	39241000	0102	5102	UN	100	8,75	875,00	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=SIRLENE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1269/2024 - CONTRATO DE GESTAO No159/2018. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. BCO SICOOB AG 5024-5 C/C 21035-8. ORZELITA RODRIGUES SILVA	Ana Clara Viana 18/04/24

Lider Soft Gestão Comercial (62)99919-2041 Email pollo5.0@hotmail.com — Gerado pelo UniDANFE 3.9.10 Free | www.unidanfe.com.br

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.373 EMISSÃO: 18/04/2024 VALOR TOTAL: 924,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV. PERNAMBUCO, 219, ELIZIARIO, 76590-000 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 232.373 SÉRIE 1

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida em: https://alcance.wixdigital.com/virtualdoc/public/validar-assinatura informando o código 9852 e o código verificador 1434.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.50
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 1,410,50
DEBITO EM: 24/07/2024

==========

DOCUMENTO: 072402
AUTENTICACAO SISBB: 4.5F1.A2D.969.B86.D07

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI - SUPERMERCADO MULTI VARIEDADES

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 03364-2070

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.431
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5224 0630 2286 6800 0151 5500 1000 2324 3112 3243 1129

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
NF-e DE VENDA		152247650592846 12/06/2024 13:31:34
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ**
10.729.732-9		30.228.668/0001-51

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	12/06/2024
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV. PERNAMBUCO, 219 - -	ELIZIARIO		76590-000	12/06/2024
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			13:31:31

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC. ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.410,50

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.410,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC.	UF	CNPJ
	9-Sem Transp.				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ ICMS
7898202616036	COLHER DESCARTAVEL STRAWPLAST 50UN	39241000	0102	5102	UN	20	4,90	98,00	0,00	0,00	
7896030892660	COPO DESC. COPOBRAS 200ML 100UN	39241000	0102	5102	UN	150	8,75	1.312,50	0,00	0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=SIRLENE INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI CONFORME RESOLUCAO CGSN No 10, DE 28 DE JUNHO DE 2007. PROCESSO No 1709/2024 - CONTRATO DE GESTAO 159/2016. FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. BCO SICOOB AG 5024-5 C/C 21035-8. ORZELITA RODRIGUES SILVA.	Jra Elba Viara 13/06/24

Lider Soft Gestão Comercial (62)99919-2041 Email: pedro5.0@hotmail.com — Gerado pelo UniDANFE 3.9.16 Free | www.unidanfe.com.br

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.431 EMISSÃO: 12/06/2024 VALOR TOTAL: 1.410,50 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - AV. PERNAMBUCO, 219, ELIZIARIO, 76590-000 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e 232.431 SÉRIE 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.026-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1642-2 - APINAJES
CONTA: 51.050-0

FAVORECIDO: SUPRIMAIS SUPRIMENTOS PARA INFORMAT
CPF/CNPJ: 02.933.275/0001-03
VALOR: R$ 1.780,00
DEBITO EM: 16/07/2024

DOCUMENTO: 071602
AUTENTICACAO SISBB: 4.380.FF4.269.F09.BFE

RECEBEMOS DE SUPRIMAIS SUPRIMENTOS P/INFORMATICA LTDA, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 000.012.014
Série: 001

SUPR MAIS INFORMÁTICA
PAPELARIA E AUTOMAÇÃO COMERCIAL

SUPRIMAIS SUPRIMENTOS P/INFORMATICA LTDA
AV. MUTIRAO Nº 2293, QD L-26 LT 4-A SETOR MARISTA
GOIANIA /GO CEP: 74.150-340 Telefone: (62) 3545-3100
suprimaisvenda@hotmail.com

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº: 000.012.014
Série: 001
Folha: 1

CHAVE DE ACESSO
5224 0702 9332 7500 0103 5500 1000 0120 1410 0050 9360

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	152247770057655 - 15/07/2024 16:02:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST.	CNPJ
103108378		02.933.275/0001-03

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	C.N.P.J. / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/0002-05	15/07/2024

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
AV PERNAMBUCO QUADRA19 SALA DA DIRETORIA Nr. 219	ELIZIARIO	76590000	15/07/2024

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL / MUNICIPAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3911-9312	GO		

FATURA / DUPLICATA

12014/A	16/07/2024	1.780,00

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 PIS	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.780,00

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	1.780,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO [0]	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J. / C.P.F.

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
0,00				0,00	0,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CÁLC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS I.C.M.S	ALÍQUOTAS I.P.I.
9841	IMPRESSORA DE ETIQ COD BARRA ZD220 ZEBRA Tot. Tributos R$ 168,57 Federal R$ 124,60 Estadual	84433299	0102	5102	UN	1,00	1.780,0000	0,00	1.780,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
nr.pedido huma:461675/processo nº1963/2024 -contrato de gestão 159/2018 fundo municipal de saude sma.. VENDA C/DEPOSITO NA CONTA SUPRIMAIS: AGENCIA 1842-0 C/C 51050-0 OPERAÇÃO:003 CEF. O PIX É O CNPJ 02.933.276/0001-03. VENDA03 Vendedor: 37 - LILIA MARIA Pré-venda: 14047 Total aproximado dos tributos R$: 168,57 Federal e 124,60 Estadual Fonte: (IBPT) 9oi3aC ANTES DE ABRIR A EMBALAGEM CONFIRA O PRODUTO COMPRADO.	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida em https://falecrie.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 15689 e o código verificador 2167.

4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.42
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 4433-4 - GOIANIA AV PORTUGAL
CONTA: 99.867-3

FAVORECIDO: BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA
CPF/CNPJ: 29.677.043/0001-98
VALOR: R$ 16.000,00
DEBITO EM: 08/07/2024

==========

DOCUMENTO: 070805
AUTENTICACAO SISBB: E.FED.583.DF2.80E.061

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 15270/2018

Número da Nota **137**
Data Emissão **01/07/2024**
Código Verificação **ZGTJ-VL7J**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**29.677.043/0001-98**
Nome/Razão Social	**BARSI ASSESSORIA E NEGOCIOS LTDA**
Endereço	AV T10 N.208 QD.102 LT.912
Bairro	SET BUENO
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74223060 Telefone (62) 99003972

Inscrição Municipal **4549384**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV PERNAMBUCO N N. 219 QD 19 SALA DA DIRETORIA
Bairro	ELIZARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE SERVICOS EM DIAGNOSTICOS DE SITUACAO DA UNIDADE DE SAUDE NOS CRITERIOS GERENCIAS E ORGANIZACIONAIS. DESENVOLVIMENTO, AVALIACAO DE RELATORIOS, PLANILHAS E DEMAIS FERRAMENTAS QUE CONTRIBUAM PARA ANALISES MAIS ESPECIFICAS E AMPLAS DE DETERMINADA SITUACAO. CONFORME CONTRATO 012/2021 COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTAO 159/2018. REFERENTE A JUNHO/2024.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atividade 829979900
Outras atividades de servicos prestados principalmente as empresas nao especificadas anteriormente

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	16.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	16.000,00

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	16.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	16.000,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	16.000,00
(x) Alíquota	%	3,50
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 16.000,00	R$ 0,00	**R$ 16.000,00**

Usuário: 3

Informações Importantes:

- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.42
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0996-2 - RRPUBLICA DO LIBANO
CONTA: 3.874-2

FAVORECIDO: MJS GONCALVES CONTABILIDADE EMPRESA
CPF/CNPJ: 12.294.819/0001-98
VALOR: R$ 8.500,00
DEBITO EM: 08/07/2024

DOCUMENTO: 070606
AUTENTICACAO SISBB: 8.C73.65A.72F.983.58C

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 140392/2010

Número da Nota **352**
Data Emissão **01/12/2023**
Código Verificação **48FJ-2UP1**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**12.294.819/0001-98**
Nome/Razão Social	**MJS GONCALVES CONTABILIDADE EMPRESARIAL**
Endereço	R T39A N.140 QD.02 LT.30
Bairro	SET BUENO
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74210070 Telefone (62) 38774045

Inscrição Municipal **2865734**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE FILIAL SMA**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV PERNAMBUCO SALA DA D N. 219
Bairro	ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prestacao de servicos profissionais de gestao contabil, fiscal e departamento pessoal, para atender as necessidades do Hospital Municipal Adailton do Amaral - HMAA., firmado com fulcro no Codigo Institucional de Compras, Contratacao de Obras, Servicos e Alienacoes do Instituto Alcance atraves do Contrato n . 004/2019, por ocasiao do Contrato de Gestao n .159/2018 e aditivos firmado entre o Instituto Alcance e o Municipio de Sao Miguel do Araguaia.
Referente ao mes 11/2023.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS PARA PAGAMENTO CHAVE PIX 12294819000205

Atividade 692060100
Atividades de contabilidade

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	8.500,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Liquido	R$	8.500,00

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	8.500,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	8.500,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	8.500,00
(x) Aliquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	GOIÂNIA-GO

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 8.500,00	R$ 0,00	**R$ 8.500,00**

Usuario: 1

Informações Importantes:

- Valor do imposto a ser calculado com base no nº de sócios/profissionais. Não sujeito a retenção de ISS.
- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 AUTOATENDIMENTO - 09.38.47
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648 X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 0996-2 - REPUBLICA DO LIBANO
CONTA: 3.874-2

FAVORECIDO: MJS GONCALVES CONTABILIDADE EMPRESA
CPF/CNPJ: 12.294.819/0001-98
VALOR: R$ 1.412,00
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071801
AUTENTICACAO SISBB: A.C12.58E.177.F43.639

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 140392/2010

Número da Nota **393**
Data Emissão **13/06/2024**
Código Verificação **BPP8-9TJW**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**12.294.819/0001-98**
Nome/Razão Social	**MJS GONCALVES CONTABILIDADE EMPRESARIAL**
Endereço	R T39A N.140 QD.02 LT.30
Bairro	SET BUENO
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74210070 Telefone (62) 38774045

Inscrição Municipal **2865734**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE FILIAL SMA**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV PERNAMBUCO SALA DA D N. 219
Bairro	ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

ELABORACAO DA FOLHA DE PAGAMENTO COMPLEMENTAR EXTRA, REFERENTE AO COMPLEMENTO DO PISO DE ENFERMAGEM DOS PERIODOS DE MARCO E ABRIL/2024; COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTAO N 159/2018.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS PARA PAGAMENTO CHAVE PIX 12294819000198

Atividade 692060100
Atividades de contabilidade

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	1.412,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	1.412,00

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	1.412,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	1.412,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	1.412,00
(x) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	GOIÂNIA-GO

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 1.412,00	R$ 0,00	**R$ 1.412,00**

Usuário: 1

Informações Importantes:

- Valor do imposto a ser calculado com base no nº de sócios/profissionais. Não sujeito a retenção de ISS.
- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001-9
CONTA: 80.661.604-0

FAVORECIDO: PRISCILLA PEREIRA DOS SANTOS LTDA
CPF/CNPJ: 50.923.073/0001-23
VALOR: R$ 5.000,00
DEBITO EM: 12/07/2024

==========

DOCUMENTO: 071226
AUTENTICACAO SISBB: A.1DC.491.E01.6C2.71F

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 270768/2023

Número da Nota **30**
Data Emissão **24/06/2024**
Código Verificação **BFPG-8HK9**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**50.923.073/0001-23**
Nome/Razão Social	**PRISCILLA PEREIRA DOS SANTOS LTDA**
Endereço	AV 136 N.S/N QD.3 LT. SALA 906
Bairro	SET SUL
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74093250 Telefone (62) 81430798

Inscrição Municipal **6190847**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV. PERNAMBUCO N. 219 QD. 19 SALA DA DIRETORIA
Bairro	SETOR ELIZARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente servicos de comunicacao e marketing, conforme contrato, com
fulcro no contrato de gestao 159/2018.
Ref Maio/2024

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS BANCARIOS Ag. 0001 cc. 806616040 Banco 0260
Chave Pix 50.923.073/0001-23
Tolledo Solucoes Hospitalares e Tecnologia

Atividade 731900300
Marketing direto

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	5.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	5.000,00

Cálculo do Imposto		
Valor dos Serviços	R$	5.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	5.000,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	5.000,00
(x) Alíquota	%	2,01
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 5.000,00	R$ 0,00	**R$ 5.000,00**

Informações Importantes: Usuário: 1

- ESTA NOTA FISCAL SUBSTITUI A NOTA Nº 28.
- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:51:43
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.043.000.025.127
VALOR TOTAL 13.981,90
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LABORATORIO C DE IPAMERI
AGENCIA: 0043-4 CONTA: 25.127-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO E.CCB.A19.385.468.B78

PREFEITURA MUNICIPAL DE URUTAÍ
Secretaria Municipal de Finanças

01.763.622/0001-34

RUA 03, N null, FONE: (64) 3465-1133

NÚMERO DA NOTA:	00238
SÉRIE:	ELETRÔNICA
DATA:	10/07/2024
PÁGINA:	1 de 1
HORA DE EMISSÃO:	09:25:57

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

PRESTADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL: REDE LACI DIAGNOSTICOS LTDA
NOME FANTASIA: LACI
CPF/CNPJ: 26.710.677/0002-98
ENDEREÇO: RUA MANOEL VAZ EDUARDO, N 0
BAIRRO: CENTRO
CLASSIFICAÇÃO: MICROEMPRESA

INSC. MUN.: 194
FONE:
CEP: 75.790-000

MUNICÍPIO: URUTAÍ - GO
REGIME TRIB.: SIMPLES NACIONAL

TOMADOR DE SERVIÇOS

RAZÃO SOCIAL: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
NOME FANTASIA:
CPF/CNPJ: 27.949.878/0002-05
ENDEREÇO: AVENIDA PERNAMBUCO, N 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA
BAIRRO: ELIZIARIO
MUNICÍPIO: SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

CEI:
INSC. MUN.:
INSC. EST.:
CEP: 76.590-000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Discriminação	Valor Unitário	Desconto	Dedução	Aliq.	ISS	Valor Total
1,0000	4.02	SERVIÇOS TÉCNICOS ESPECIALIZADOS DE CONTROLE DE ROTINAS, SUPERVISÃO E MONITORAMENTO CONTINUADO, GESTÃO POR SOFTWARE, CONTROLE DE QUALIDADE E CALIBRAÇÃO. PRESTADOS NO LABORATÓRIO NO HOSPITAL MUNICIPAL ADAÍLTON DO AMARAL-HMMA DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA, CONFORME CONTRATO Nº 004/2024 , COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO Nº 159/2018. REFERENCIA 06/2024 CONTA PARA PAGAMENTO: BANCO DO BRASIL ag 0043-4 , C/C 25127-5	R$ 15.710,00	R$ 0,00	R$ 0,00	3,00%	R$ 471,30	R$ 15.710,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	R$15.710,00
VALOR LÍQUIDO	R$13.981,90

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS	R$	0,00
COFINS	R$	0,00
CSLL	R$	0,00
INSS	R$	1.728,10
IR	R$	0,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

+ VALOR DO SERVIÇO	R$	15.710,00
- DESCONTO CONDICIONADO	R$	0,00
- DESCONTO INCONDICIONADO	R$	0,00
- DEDUÇÃO	R$	0,00
- RETENÇÕES FEDERAIS	R$	1.728,10
- OUTRAS RETENÇÕES	R$	0,00

= BASE DE CÁLCULO	R$	15.710,00
- ISS DEVIDO	R$	471,30

COD. DE VERIFICAÇÃO
1568-D45D

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO:	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
IMPOSTO DEVIDO EM:	URUTAÍ - GO

DESCRIÇÃO DOS ITENS DE SERVIÇO

4.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética,

DESCRIÇÃO DOS CNAES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A autenticidade desta nota fiscal eletrônica pode ser verificada em:https://urutai.megasoftservicos.com.br/

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.48
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 077 - BANCO INTER
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 11.850.930-6

FAVORECIDO: PROMEDICO GESTOR HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 40.292.945/0001-49
VALOR: R$ 6.700,00
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071815
AUTENTICACAO SISBB: 9.98F.793.064.2E4.DD3

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 3433/2021

Número da Nota **419**
Data Emissão **18/07/2024**
Código Verificação **D88F-3WZ5**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**40.292.945/0001-49**
Nome/Razão Social	**PROMEDICO GESTOR HOSPITALAR LTDA**
Endereço	R T36 N.3182 QD.147 LT.1/2 SALA 607 MZNINO
Bairro	SET BUENO
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74223052 Telefone (62) 99299757

Inscrição Municipal **5263972**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS HMAA**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AVENIDA PERNAMBUCO N. 219 QD19 SALA DA DIRETORIA
Bairro	ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO DIREITO DE USO DO SOFTWARE PROMEDICO GESTOR HOSPITALAR CONFORME CONTRATO 008/2022 COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTAO 159/2018 ENTRE O INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE E O MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA REFERENTE AO PERIODO DE 28/04/2024 A 27/05/2024

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS BANCARIOS: BANCO INTER (077) AGENCIA 0001-9 CONTA CORRENTE 11850930-6

Atividade 620910000
Suporte tecnico, manutencao e outros servicos em tecnologia da informacao

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo			Cálculo do Imposto		
Valor dos Serviços	R$	6.700,00	Valor dos Serviços	R$	6.700,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00	(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00	(=) Valor da Nota	R$	6.700,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00	(-) Deduções	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	6.700,00	(=) Base de Cálculo	R$	6.700,00
			(x) Alíquota	%	3,37
			(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 6.700,00	R$ 0,00	**R$ 6.700,00**

Informações Importantes: Usuário: 1

- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

01/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:48
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

BANCO SICOOB S.A.

75691333360104471700504625900016597830000180000

BENEFICIARIO:
HUMA COTACOES E COMPRAS ELETR
NOME FANTASIA:
HUMA COTACOES E COMPRAS ELETRONICA
CNPJ: 33.613.074/0001-52
BENEFICIARIO FINAL:
HUMA COTACOES E COMPRAS ELETRONICA
CNPJ: 33.613.074/0001-52
PAGADOR:
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	71.816
DATA DE VENCIMENTO	20/07/2024
DATA DO PAGAMENTO	18/07/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.800,00
VALOR COBRADO	1.800,00

NR.AUTENTICACAO B.757.597.3E6.09F.2AD

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 56347/2019

Número da Nota **27507**
Data Emissão **03/07/2024**
Código Verificação **8K88-BH2K**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**33.613.074/0001-52**	Inscrição Municipal **4821777**
Nome/Razão Social	**HUMA COTACOES E COMPRAS ELETRONICAS LTDA**	
Endereço	AV 136 N.761 QD.F44 LT.02E 2E EDIF NASA BU	
Bairro	SET SUL	
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74093250 Telefone (62) 30952091	

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AVENIDA PERNAMBUCO QUADRA 19 N. 219 QUADRA 19
Bairro	SETOR ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente servicos de Plataforma de Cotacao e Compras Eletronicas, conforme contrato 014/2023, com fulcro no contrato de gestao 159/2018.
Referente: julho de 2024.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atividade 620910000
Suporte tecnico, manutencao e outros servicos em tecnologia da informacao

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	1.800,00
(-)Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-)Retenções Federais	R$	0,00
(-)ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=)Valor Líquido	R$	1.800,00

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	1.800,00
(-)Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=)Valor da Nota	R$	1.800,00
(-)Deduções	R$	0,00
(=)Base de Cálculo	R$	1.800,00
(x)Alíquota	%	4,56
(=)Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 1.800,00	R$ 0,00	**R$ 1.800,00**

Informações Importantes:

Usuário: W

- Nota Fiscal referente ao RPS nº 46259.
- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

RECIBO DO SACADO

Cedente	Agência/Código Cedente	Data de Emissão	Vencimento
HUMA - COTACOES E COMPRAS ELETRONICAS	3333/447170-9	22/05/2024	20/07/2024
Sacado	**Nosso número**	**Número do Documento**	**Valor do Documento**
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	00000046259-4	046259	1.800,00
Referência			
PLATAFORMA PARA COTACOES E COMPRAS ELETRONICAS			

Autenticação Mecânica

SICOOB | 756-0 | 75691.33338 01044.717005 04625.900016 5 97830000180000

Local de Pagamento						Vencimento
						20/07/2024
Cedente						Agência/Código
HUMA - COTACOES E COMPRAS ELETRONICAS						3333/447170-9
Data de Emissão		Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso número
22/05/2024		046259	REC	N	22/05/2024	00000046259-4
Uso do Banco	CIP	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	Valor do Documento
	000	1	R$		1.800,00	1.800,00

Instruções	
APÓS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE MORA DE 1% A.M. E MULTA DE 2% PROTESTAR APOS 10 DIAS DO VENCIMENTO	(-) Desconto
	(-) Outras Deduções
	(+) Mora/Multa
	(+) Outras Outros Acrescimos
	Valor Cobrado

Sacado	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - 27.949.878/0002-05** AVENIDA PERNAMBUCO QUADRA 19 - SETOR ELIZIARIO 76.590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
Sacador/Avalista	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

Autenticação Mecânica / Ficha de Compensação

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5004-0 - CCLA CENTRO BRASILEIRA
CONTA: 1.052.183-6

FAVORECIDO: SIVECTOR TECNOLOGIA DA INFORMACAO E
CPF/CNPJ: 22.068.437/0001-08
VALOR: R$ 21.900,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071218
AUTENTICACAO SISBB: 1.7BF.570.92B.F7F.F8B

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 113034/2020

Número da Nota **219**
Data Emissão **09/11/2023**
Código Verificação **721Z-6VT9**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

SIVector

CPF/CNPJ	**22.068.437/0001-08**
Inscrição Municipal	**5106613**
Nome/Razão Social	**SIVECTOR TECNOLOGIA DA INFORMACAO E CONSULTORIA EIRELI**
Endereço	AV T4 N.1478 QD.169A LT.01E 01E SALA A 154
Bairro	SET BUENO
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74230030 Telefone (62) 98446204

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE DE GESTAO EM SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV. PERNAMBUCO N. 219
Bairro	SETOR ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AOS SERVICOS DE TECNOLOGIA DA INFORMACAO VOLTADO A SISTEMAS, DADOS, FORNECIMENTO DE MAO DE OBRA ESPECIALIZADA DE TECNOLOGIA DA INFORMACAO (TI), PRESTACAO DE SERVICOS DE ALUGUEL E MANUTENCAO EM SERVIDOR LOCAL, PROMOVER O FORNECIMENTO, AJUSTES, PERSONALIZACAO E MANUTENCAO EM SISTEMA, CONFORME CONTRATO E SEUS ADITIVOS 004/2022 COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FIRMADO ENTRE O INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE E O MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA.
PERIODO/COMPETENCIA: 01/10/2023 A 31/10/2023 - OUTUBRO/2023

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

SICOOB - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL - 756
AGENCIA : 5004
CONTA CORRENTE: 1052.183-6
CHAVE PIX - CNPJ - 22068437000108

Atividade 620230000
Desenvolvimento e licenciamento de programas de computador customizaveis

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	21.900,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	21.900,00

Cálculo do Imposto		
Valor dos Serviços	R$	21.900,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	21.900,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	21.900,00
(x) Alíquota	%	4,85
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 21.900,00	R$ 0,00	**R$ 21.900,00**

Usuário: 1

Informações Importantes:

- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS - IP
AGENCIA: 0001 9
CONTA: 97.909.892-5

FAVORECIDO: THAIS CRISTINA BUENO DE CARVALHO
CPF/CNPJ: 41.717.283/0001-74
VALOR: R$ 17.000,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071220
AUTENTICACAO SISBB: B.41E.512.6C0.4A3.781

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 128015/2021

Número da Nota **64**
Data Emissão **05/06/2024**
Código Verificação **WA3K-FYPI**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

Inscrição Municipal **5387981**

CPF/CNPJ	**41.717.283/0001-74**
Nome/Razão Social	**THAIS CRISTINA BUENO DE CARVALHO**
Endereço	AV T4 N.1478 QD.169A LT.01E
Bairro	SET BUENO
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74230030 Telefone (62) 981847963

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE DE GESTAO EM SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV. PERNAMBUCO N. 219
Bairro	SETOR ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Nota Fiscal referente prestacao de servicos de Governanca e Controle Interno da Gestao Hospitalar.

Referente mes 03/2024 e Parcela 08/12.

Referente a Contrato n 015/2023 Decorrente do Contrato de Gestao n 159/2018 INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE E MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS BANCARIOS:
AGENCIA: 0001 CONTA: 97909892-5 BANCO: 0260 - NU PAGAMENTOS S.A

Atividade 859960400
Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	17.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Liquido	R$	17.000,00

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	17.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Valor da Nota	R$	17.000,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	17.000,00
(x) Aliquota	%	2,00
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 17.000,00	R$ 0,00	**R$ 17.000,00**

Informações Importantes:

- Prestador enquadrado no Simples Nacional.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br.**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 3233-6 - SICOOB CREDIJUR
CONTA: 560.264-5

FAVORECIDO: PLANEJAR SERVICOS EMPRESARIAIS LTDA
CPF/CNPJ: 29.869.044/0001-34
VALOR: R$ 15.016,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071228
AUTENTICACAO SISBB: 2.4E8.72D.8FE.300.D14

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 300420/2022

Número da Nota **563**
Data Emissão **12/07/2024**
Código Verificação **FK82-CKVA**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**29.869.044/0001-34**
Nome/Razão Social	**PLANEJAR SERVICOS EMPRESARIAIS LTDA**
Endereço	R 144 N.101 QD.63 LT.14
Bairro	SET MARISTA
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74170030 Telefone (62) 98191929

Inscrição Municipal **5871220**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO DE SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV PERNANBUCO N. 219
Bairro	ELIZARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE (IAGS) CONTRATO N 013/2022 HMAA/IAGS SERVICOS DE TECNICO EM SEGURANCA DO TRABALHO, SERVICOS DE COORDENACAO MEDICA OCUPACIONAL E COORDENACAO DE ENGENHARIA DE SEGURANCA DO TRABALHO LOTADOS NA UNIDADE E REALIZACAO DE EXAMES. REFERENTE AO MES DE SETEMBRO 2023

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DADOS BANCARIOS BANCO SICOOB 756 - AG 3233 CC 560.264-5
PIX: 29.869.044/0001-34

Atividade 711970400
Servicos de pericia tecnica relacionados a seguranca do trabalho

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 104,00	R$ 480,00	R$ 0,00	R$ 240,00	R$ 160,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	16.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	984,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	15.016,00

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	16.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	16.000,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	16.000,00
(x) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	800,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	GOIÂNIA-GO

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 16.000,00	R$ 0,00	**R$ 16.000,00**

Informações Importantes:

- ESTA NOTA FISCAL SUBSTITUI A NOTA Nº 561.
- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OPERACIONAIS

12/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:51:43
364803648 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.043.000.025.127
VALOR TOTAL 12.280,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LABORATORIO C DE IPAMERI
AGENCIA: 0043-4 CONTA: 25.127-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO C.A08.EE8.000.B52.91C

REDE LACI DIAGNÓSTICOS

RECIBO DE LOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

REFERÊNCIA: 06/2024
RAZÃO SOCIAL: Rede Laci Diagnósticos Ltda.
CNPJ: 26.710.677.0002-98
ENDERCEÇO: Rua Manoel Vaz Eduardo, S/N, Centro, CEP 75.790-000
CIDADE: Urutaí / GO

OBJETO: Serviço de locação de equipamentos para o laboratório do Hospital Municipal Adailtondo Amaral de São Miguel do Araguaia (GO).

ESPECIFICAÇÃO	VL. CONTRATO	VL. TOTAL
Contrato de Locação de Equipamento para Laboratório - HMAA	R$ 12.280,00	R$ 12.280,00
Número do Contrato: 004/2024		
Contrato de Gestão: 159/2018		

QNT.	ITENS DE LOCAÇÃO	VALOR
01	Servidor INTEL	R$ 3.100,00
01	Nobreak	R$250,00
01	Coagulómetro Clotimer	R$ 2.150,00
01	Point Of Care Fine Care	R$ 2.280,00
01	Analizador Bioquimico Biosysten A15	R$ 4.000,00
01	Impressora Zebra de código de barras	R$500,00
TOTAL		**R$ 12.280,00**

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: À vista mediante contra apresentação da fatura.

Urutaí, 10 de julho de 2024.

gov.br Documento assinado digitalmente
NAARA CAVALCANTE ANDRADE
Data: 10/07/2024 09:35:00-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Rede Laci Diagnósticos Ltda.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.44
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 9338-6 - GOIANIA/REPUBLICA
CONTA: 99.345-5

FAVORECIDO: ORBIS GESTAO DE TECNOLOGIA EM SAUDE
CPF/CNPJ: 23.129.279/0002-94
VALOR: R$ 18.770,00
DEBITO EM: 12/07/2024

DOCUMENTO: 071219
AUTENTICACAO SISBB: F.C65.1C9.84A.C10.75A

PREFEITURA DE APARECIDA DE GOIÂNIA
Secretaria da Fazenda
Fone: () - www.aparecida.go.gov.br

Nota Fiscal Eletrônica

Série do Documento: NFS-e - Nota Fiscal de Serviços Eletrônica
Número da Nota Fiscal: 491

Dados do Prestador de Serviço

Orbis Gestão de Tecnologia em Saúde Ltda
Orbis
Avenida Rio Verde,SN APT 2309 EDIF E-BUSINESS RIO VERDE, Q.097, L: 04/0 - Vila São Tomaz
CEP 74915-515 - Aparecida de Goiânia/ GO
MARCOSROBERTO@GRUPOPONTUALGESTAO.COM.BR
Inscrição Municipal 14376553 - CPF/CNPJ 23.129.279/0002-94

Data de Geração da NFS-e: **02/08/2023 10:33:41**
Data de Competência/Emissão: **02/08/2023**
Cód. de Autenticidade: **337ED5720**
Responsável pela Retenção:

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Número do RPS	Série do RPS	Data de Emissão do RPS
Exigivel			

Local dos Serviços	Município Incidência
São Miguel do Araguaia - Goiás	São Miguel do Araguaia - Goiás

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF : 27.949.878/0002-05
Razão Social : INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
Endereço : Avenida Pernambuco
Complemento : QD 19 SALA DA DIRETORIA
CEP : 76590-000
Telefone :

IM :
Número : 219
Bairro : Setor Eliziario
Cidade/UF : São Miguel do Araguaia/ GO
E-mail : controleinterno@institutoalcance.org.br

Dados do Intermediário de Serviços

CNPJ	Inscrição Municipal	Razão Social

Descrição dos Serviços

PRESTACAO DE SERVICOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA CLINICA NO AMBITO DO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON AMARAL.

COMPETENCIA JULHO/2023 (01/07/2023 A 31/07/2023)
CONTRATO DE SERVICOS: 022/2019 - HMAA/IAGS.
CONTRATO DE GESTAO: 159/18 SMA

DADOS BANCARIOS
BANCO: 341 - ITAU
AGENCIA: 9338
Conta corrente: 99345-5
CNPJ: 23.129.279/0002-94

Detalhamento dos Tributos

Atividade do Município				Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. NBS	Cód. CNAE
3312103 - [3312-1/03] Manutenção e reparação de aparelhos...				3,00	1401		3312103
Vl. Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo		Total do ISSQN	ISSQN Retido	Desconto Condicionado
R$ 20.000,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 20.000,00		R$ 600,00	Não	R$ 0,00
PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	Vl. ISSQN Retido	Vl. Líquido da Nota Fiscal
R$ 130,00	R$ 600,00	R$ 0,00	R$ 300,00	R$ 200,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ **18.770,00**

Construção Civil | **Cód. Obra :** | **Art. :**

Informações Adicionais

.

24/07/2024 - BANCO DO BRASIL - 14:56:58
364803648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 24/07/2024
NR. DOCUMENTO 550.794.000.019.799
VALOR TOTAL 1.040,00

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ANA CRISTINA F S FERREIRA
AGENCIA: 0794-3 CONTA: 19.799-8
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO F.8A3.FAD.E73.807.A0F

MUNICÍPIO DE GURUPI

Secretaria Municipal de Planejamento e Finanças
Coordenação de Fiscalização e Tributos

Rua 14 de Novembro, N.º 1.500 - Centro - CEP 77.405-070 - Gurupi/TO - Brasil

Fone: (63) 3315-0013

Nota: 2024000
00000025
Código Verificação
G8VJ-7W4E

MUNICÍPIO DE GURUPI

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)
12/03/2024 12:27:35

Período de Competência
03/2024

Município de Prestação do Serviço
Gurupi - TO

Reg. Especial Tributação
Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

Exigibilidade do ISS
Exigível em Gurupi

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social
ANA CRISTINA FRANCISCA DA SILVA - ME LTDA

Nome Fantasia
COPYMAX ELETRONICA

Email
copymax1339@gmail.com

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Simples Nacional	Incentivador Cultural	Fone/Fax
05.098.052/0001-66	**120993**	**29.380.406-0**	**Sim**	**Não**	**(63) 3301-5059**

Endereço
Avenida Pará, 1339, Setor Central - CEP: 77403-010 - Gurupi - To

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social
INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE

CPF/CNPJ	Inscrição Municipal	Inscrição Estadual	Fone/Fax	E-mail
27.949.878/0002-05			**(62) 3977-7179**	**diretor.hmaa@intitutoalcance.org.br**

Endereço
AV. PERNAMBUCO Qd: 19, 219, Qd19 - SETOR ELIZARIO - CEP: 76590-000 - São Miguel do Araguaia - GO

SERVIÇO PRESTADO

1401 - Lubrificação, limpeza, lustração, revisão, carga e recarga, conserto, restauração, blindagem, manutenção e conservação de máquinas, veículos, aparelhos, equipamentos, motores, elevadores ou de qualquer objeto (exceto peças e partes empregadas, que ficam sujeitas ao ICMS). CNAE: 9521500

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

02-SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO MULTIFUNCIONAL HP 125A VALOR UNITARIO R$ 350,00
01-SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO MULTIFUNCIONAL HP 1102 VALOR UNITARIO R$ 180,00
01-SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO PLACA FONTE HP 135A VALOR UNITARIO R$ 160,00

VALOR TOTAL R$ 1.040,00

PROCESSO Nº 1059\2024
CONTRATO DE GESTÃO 159\2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE SMA

DADOS BANCARIOS :
BANCO DO BRASIL
AGENCIA : 0794-3
C\C: 19.799-6
ANA CRISTINA FRANCISCA DA SILVA

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALORES

Valor dos Serviços (R$)	Deduções (R$)	Desconto Incondicionado (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)
1.040,00	**0,00**	**0,00**	*****	**1,8000**
ISS (R$)	**ISS Retido (R$)**	**Desconto Condicionado (R$)**	**Valor Líquido (R$)**	**Valor Total da Nota (R$)**
*****	*****	**0,00**	**1.040,00**	**1.040,00**

OUTRAS INFORMAÇÕES

Esta NFS-e é autodeclaratória.
Optante do Simples Nacional.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.vazdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 8153 e o código verificador 1212.

6. FROTA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09.38.50
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.626-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 237 - BCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0266-6 - S.MIGUEL DO ARAGUAIA
CONTA: 3.159-3

FAVORECIDO: FERNANDO JUNIO SILVA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 32.496.099/0001-50
VALOR: R$ 601,40
DEBITO EM: 24/07/2024

DOCUMENTO: 072405
AUTENTICACAO SISBB: F.7AF.A98.1DC.B84.E67

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	0000000413
Data e Hora de Emissão	24/07/2024 13:57:32
Código de Verificação	a8f8086e

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **FERNANDO JUNIO SILVA DOS SANTOS**
Nome Fantasia: **FERNANDO SUSPENSAO**
CNPJ: **32.496.099/0001-50** Inscrição Municipal: **2010130798**
Endereço: **R 10, Nº: 1353, SETOR AEROPORTO, QUADRA 42;LOTE 01 P, CEP: 76.590-900**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone: **62 98232913**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
Nome Fantasia: **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**
CNPJ/CPF: **27.940.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNABUCO, NR: 219, ELIZIARIO, CEP:75900-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás** Telefone:
E-mail: **joselito.reis@hmaa-iags.org.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Item	Serviço	Qtde	Valor R$	Dedução R$	Total R$
MAO DE OBRA TROCA CORREIA DENTADA	14.01.000	1,0000	180,0000	0,0000	180,0000
MAO DE OBRA TROCA BOMBA D,AGUA	14.01.000	1,0000	80,0000	0,0000	80,0000
MAO DE OBRA TROCA DOS PIVO	14.01.000	2,0000	80,0000	0,0000	160,0000
ALINHAMENTO	14.01.000	1,0000	70,0000	0,0000	70,0000
BALANCEAMENTO	14.01.000	4,0000	20,0000	0,0000	80,0000
CAMBAGEM LADO ESQUERDO	14.01.000	1,0000	50,0000	0,0000	50,0000

Observação: EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
OBS:N DO PROCESSO 2224/2024 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SMA.
OBS: DADOS BANCARIOS AG 0266 C/C. 3159-3 FERNANDO JUNIO SILVA DOS SANTOS BANCO BRADESCO

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	ISS
14.01.000 / LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO (EXCETO PEÇAS E PARTES EMPREGADAS, QUE FICAM SUJEITAS AO ICMS)	620,00	3,00	18,60
TOTAL DO ISS			18,60

CNAE / Atividade Município
4520001 / SERVICOS DE MANUTENCAO E REPARACAO MECANICA DE VEICULOS AUTOMOTORES

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	620,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	18,60
(=) Valor Líquido	R$	601,40

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	620,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	620,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	620,00
(X) Alíquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	18,60

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
620,00	0,00	620,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional
Recolhimento: ISS a recolher pelo TOMADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída Lei N
http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/notafiscal/verificar

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 16236 e o código verificador 2224.

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

COMPROVANTE DE RETENÇÃO DO ISS

Número da Nota
0000000413

Data e Hora de Emissão
24/07/2024 13:57:32

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **FERNANDO JUNIO SILVA DOS SANTOS**
Nome Fantasia: **FERNANDO SUSPENSAO**
CNPJ: **32.496.099/0001-50** Inscrição Municipal: **2010130798**
Endereço: **R 10, N°: 1353, SETOR AEROPORTO, QUADRA 42;LOTE 01 P, CEP: 76.590-900**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone: **62 98232913**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AV PERNABUCO, NR: 219, ELIZIARIO, CEP:75900-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás**
E-mail: **joselito.reis@hmaa-iags.org.br**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Qtde	Item	Valor R$	Total R$
1,0000	**MAO DE OBRA TROCA CORREIA DENTADA**	180,00	180,00
1,0000	**MAO DE OBRA TROCA BOMBA D,AGUA**	80,00	80,00
2,0000	**MAO DE OBRA TROCA DOS PIVO**	80,00	160,00
1,0000	**ALINHAMENTO**	70,00	70,00
4,0000	**BALANCEAMENTO**	20,00	80,00
1,0000	**CAMBAGEM LADO ESQUERDO**	50,00	50,00

Observaçao: EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
OBS:N DO PROCESSO 2224/2024 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SMA.
OBS: DADOS BANCARIOS AG 0266 C/C. 3159-3 FERNANDO JUNIO SILVA DOS SANTOS BANCO BRADESCO

Serviço / Item-Serviço
-

CNAE / Atividade Município
4520001 / SERVICOS DE MANUTENCAO E REPARACAO MECANICA DE VEICULOS AUTOMOTORES

Serviço prestado em		Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO		**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**
Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
620,00	**3,00**	**18,60**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por meio deste documento fica atestado a substituição tributária do Imposto sobre serviço, onde o tomador do serviço INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE se responsabiliza pelo pagamento do imposto no valor de R$ 18,60.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtual/documentos/validar-assinatura-anexo informando o código 16236 e o código verificador 2224.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/08/2024 - AUTOATENDIMENTO - 09:38.48
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : INSTITUTO A G SAUDE
BANCO: 756 - BANCO SICOOB S.A.
AGENCIA: 5024-5 - CCLA DO CENTRO NORTE BRASILEIR
CONTA: 73.655-4

FAVORECIDO: CARMO E RIBEIRO LTDA
CPF/CNPJ: 48.961.993/0001-94
VALOR: R$ 2.980,00
DEBITO EM: 18/07/2024

DOCUMENTO: 071808
AUTENTICACAO SISBB: B.7A3.E5D.290.E2A.4FA

www.zonecologia.com.br

RECEBEMOS DE CARMO E RIBEIRO LTDA OS PRODUTO(S) CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO	Valor: 2.980,00 Nº Pat	NF-e N: 000001055 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	RECEBEDOR: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	

NOVA AUTO PEÇAS
TEL: (62) 9 9939-6721 / TEL: (62) 9 9602-1143

CARMO E RIBEIRO LTDA

RUA 07 QD 25 LT P05, 750
CENTRO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO
CEP: 76590-000
Fone: (62) 99939-6721

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

No: 000001055
Série: 1
Folha(s): 1 /1

Chave de Acesso: 5224 0548 9619 9300 0194 5500 1000 0010 5510 0006 9173

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: 152247523832878 08/05/2024 09:09:07

52148961993000194000110800044

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCE		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
109941918		48.961.993/0001-94

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/ RAZÃO SOCIAL				CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS				27.949.878/0002-05	08/05/2024
ENDEREÇO			BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AV.: PERNAMBUCO QD.19 SALA DIRETORIA - 219			ELIZIARIO	76590-000	08/05/2024
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3942-5940	GO			09:09:04

FATURA

OUTROS

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC. DO ICMS SUB.	VALOR DO ICMS SUB.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	290,00	2.980,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO PIS	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**2.980,00**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)
-				-	-

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
222	AMORTECEDOR DIANT.STRADA 11/22 LD (TURBOGAS)	87088000	0102	5102	UN	1	693,0000	693,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
223	AMORTECEDOR DIANT.STRADA 11/22 LE (TURBOGAS)	87088000	0102	5102	UN	1	693,0000	693,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
936	AMORTECEDOR TRAS TURBOGAS	87088000	0102	5102	UN	2	290,0000	580,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
1048	KIT AMORT DIANT	87088000	0102	5102	JG	2	246,0000	492,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
1152	CUBO RODA TRAS	87085099	0102	5102	UN	2	261,0000	522,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

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
Documento emitido por ME ou EPP optante Simples NacionalNao gera direito a credito de ICMS. IPI e ISS.Processo No 1483/2024 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA.Dados Bancarios: CARMO E RIBEIRO LTDA AG.: 3024 C/C : 23655-4 SICOOB - CHAVE PIX CNPJ : 48961993000194 NOVA AUTO PECAS.	

www.zonecologia.com.br

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://alcance.voxcontrol.com.br/virtualdisc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 10805 e o código verificador 1483.

01/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:42
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083910813293584573440009597750000500000
BENEFICIARIO:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
NOME FANTASIA:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
PAGADOR:
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	70.302
DATA DE VENCIMENTO	12/07/2024
DATA DO PAGAMENTO	03/07/2024
VALOR DO DOCUMENTO	5.000,00
VALOR COBRADO	5.000,00

NR.AUTENTICACAO 8.B06.2D3.FEB.F2F.929

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.

MUNICÍPIO DE CAMPO BOM

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e

Número / Série NFS-e	Número / Série RPS	Data de Emissão
47479248 / T00	-	04/07/2024 06:30

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **03.506.307/0001-57** Inscrição Estadual: **0190105488** Inscrição Municipal: **11.801**

Nome/Razão Social: **TICKET SOLUCOES HDFGT S.A.**

Nome Fantasia: **TICKET LOG**

Endereço: **RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2, SANTA LUCIA, CEP 93700-000**

Município: **CAMPO BOM / RS** Telefone: **(51) 3590 7900**

E-mail: Site:

LOCAL DE TRIBUTAÇÃO	RESPONSABILIDADE PELO ISSQN	REGIME TRIBUTÁRIO
Campo Bom / RS	**Prestador de Serviço**	**Regime Geral**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05** Inscrição Estadual: - Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS**

Endereço: **AV PERNAMBUCO, 219, QUADRA19, ELIZIARIO, CEP 76590-000**

Município: **SAO MIGUEL DO ARAGUAIA / GO** País: **BRASIL**

E-mail:

Telefone:

FATURAS

Duplicata	Vencimento	Valor	Duplicata	Vencimento	Valor
47479248	**12/07/2024**	**5.000,00**			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	**0,00**	**5.000,00**	**0,00**	**0,00**	**5.000,00**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN
20019 - Nota Fiscal sem item de servico	**10.05**	**2,00**	**0,00**	**1,00 / UN**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R$ 5.000,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
0,00	**5.000,00**	**0,00**	**0,00**
Redução na Base de Cálculo	**Valor Aproximado de Tributos**	**Base de Cálculo**	**ISSQN**
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**

RETENÇÕES FEDERAIS

INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	PIS/PASEP (R$)	COFINS (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R$ 5.000,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 8536102/F

TITULO NRO. 57872851

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 03/07/2024

GESTOR: JOAO PAULO

CODIGO CLIENTE: 218167

Atividade(s) autorizada(s) pelo Município: 20019 - AGENCIAM E INTERMEDIAC DE BENS MOVEIS

Local de Tributação: Campo Bom / RS

AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:

https://nfse.campobom.rs.gov.br/nfse/consultaExterna/430350630700015790T000474792485205871 08

Código de Verificação: HB7.4ZH.2V8

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-047479248/520587108

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log

TICKET SOLUCOES HDFGT S/A
RUA MACHADO DE ASSIS, 50 - PREDIO 2 - SANTA LUCIA
CAMPO BOM – RS – CEP 93700-000

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 39108.132935 84573.440009 5 97750000500000

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/45734-4	R$		109/00391081-3

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.TL-11881721	03.506.307/0001-57	12/07/2024	5.000,00

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 39108.132935 84573.440009 5 97750000500000

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento: **12/07/2024**

Beneficiário
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA

Agência/Código do Beneficiário: **2938/45734-4**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
02/07/2024	1.TL-11881721	DS	SIM	02/07/2024

Nosso Número: **109/00391081-3**

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento
		R$		

(=) Valor do Documento: **5.000,00**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA **27.949.878/0002-05**
AV PERNAMBUCO 219 QUADRA19 - ELIZIARIO - 76590000 - SAO MIGUEL DO - GO

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

01/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:47
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083948201293584573440009997890000269990
BENEFICIARIO:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
NOME FANTASIA:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
PAGADOR:
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	71.603
DATA DE VENCIMENTO	26/07/2024
DATA DO PAGAMENTO	16/07/2024
VALOR DO DOCUMENTO	2.699,90
VALOR COBRADO	2.699,90

NR.AUTENTICACAO 4.D85.ABB.B14.3B5.C5C

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.

MUNICÍPIO DE CAMPO BOM

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e

Número / Série NFS-e	Número / Série RPS	Data de Emissão
47568124 / T00	-	17/07/2024 06:23

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **03.506.307/0001-57** Inscrição Estadual: **0190105488** Inscrição Municipal: **11.801**

Nome/Razão Social: **TICKET SOLUCOES HDFGT S.A.**

Nome Fantasia: **TICKET LOG**

Endereço: **RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2, SANTA LUCIA, CEP 93700-000**

Município: **CAMPO BOM / RS** Telefone: **(51) 3590 7900**

E-mail: Site:

LOCAL DE TRIBUTAÇÃO	RESPONSABILIDADE PELO ISSQN	REGIME TRIBUTÁRIO
Campo Bom / RS	**Prestador de Serviço**	**Regime Geral**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05** Inscrição Estadual: - Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS**

Endereço: **AV PERNAMBUCO, 219, QUADRA19, ELIZIARIO, CEP 76590-000**

Município: **SAO MIGUEL DO ARAGUAIA / GO** País: **BRASIL**

E-mail:

Telefone:

FATURAS

Duplicata	Vencimento	Valor	Duplicata	Vencimento	Valor
47568124	**26/07/2024**	**2.699,90**			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	**0,00**	**2.500,00**	**0,00**	**0,00**	**2.500,00**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN
20019 - Servicos Agregados	**10.05**	**2,00**	**199,90**	**1,00 / UN**	**0,00**	**199,90**	**4,00**

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R$ 2.699,90

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
199,90	**2.500,00**	**0,00**	**0,00**
Redução na Base de Cálculo	**Valor Aproximado de Tributos**	**Base de Cálculo**	**ISSQN**
0,00	**11,30**	**199,90**	**4,00**

RETENÇÕES FEDERAIS

INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	PIS/PASEP (R$)	COFINS (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R$ 2.699,90

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 8622863/F

RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE. IN 153/87, VALOR R$3,00

TITULO NRO. 58122543

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 16/07/2024

GESTOR: JOAO PAULO

CODIGO CLIENTE: 218167

Atividade(s) autorizada(s) pelo Município: 20019 - AGENCIAM E INTERMEDIAC DE BENS MOVEIS

Local de Tributação: Campo Bom / RS

AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:
https://nfse.campobom.rs.gov.br/nfse/consultaExterna/43035063070001579OT00047568124296535209

Código de Verificação: RSR.J4F.5TO

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-047568124/296535209

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log

TICKET SOLUCOES HDFGT S/A
RUA MACHADO DE ASSIS, 50 - PREDIO 2 - SANTA LUCIA
CAMPO BOM – RS – CEP 93700-000

Itaú Banco Itaú S.A. | **341-7** | **34191.09008 39482.012935 84573.440009 9 97890000269990**

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	**2938/45734-4**	**R$**		**109/00394820-1**

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.TL-11894866	**03.506.307/0001-57**	**26/07/2024**	**2.699,90**

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA

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** | **34191.09008 39482.012935 84573.440009 9 97890000269990**

Local do Pagamento	Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO	**26/07/2024**
Beneficiário	**Agência/Código do Beneficiário**
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	**2938/45734-4**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
16/07/2024	**1.TL-11894866**	**DS**	**SIM**	**16/07/2024**	**109/00394820-1**

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento
		R$			**2.699,90**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA **27.949.878/0002-05**
AV PERNAMBUCO 219 QUADRA19 - ELIZIARIO - 76590000 - SAO MIGUEL DO - GO

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

01/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:47
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090247429562849490157360000597800000080518

BENEFICIARIO:
VB SERV COM E ADM LTDA
NOME FANTASIA:
VB SERV COM E ADM LTDA
CNPJ: 00.288.916/0001-99
BENEFICIARIO FINAL:
VB SERV COM E ADM LTDA
CNPJ: 00.288.916/0001-99
PAGADOR:
INST ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	71.604
DATA DE VENCIMENTO	17/07/2024
DATA DO PAGAMENTO	16/07/2024
VALOR DO DOCUMENTO	805,18
VALOR COBRADO	805,18

NR.AUTENTICACAO 1.F8F.407.99A.1AD.DC9

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 1519548 Série 3, emitido em 17/07/2024

Número da Nota	03513253
Data e Hora de Emissão	17/07/2024 20:02:44
Código de Verificação	CY81-Y9RE

20240801UC0288916000189

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM PARAR EMPRESAS

CPF/CNPJ: **00.288.916/0010-80** Inscrição Municipal: **5.349.617-5**

Nome/Razão Social: **VB-SERVICOS COMERCIO E ADMINISTRACAO LTDA**

Endereço: **AV DRA RUTH CARDOSO 7221, ANDAR 18 PARTE - PINHEIROS - CEP: 05425-902**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INST. ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS**

CPF/CNPJ: **27.949.678/0002-05** Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **Av AV PERNAMBUCO 219, sala 1501 - SETOR ELIZIARIO - CEP: 76590-000**

Município: **São Miguel do Araguaia** UF: **GO** E-mail: **joaopaulo.borges@institutoalcance.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

DE SERVICOS RELATIVO A ADMINISTRACAO E GERENCIAMENTO DAS AQUISICOES DE BENEFICIOS P/ TERCEIROS EM SISTEMA CONVENCIONAL E OU ELETRONICO POR MEIO MAGNETICO OU SIMILAR Demonstrativo de Beneficios https://beneficios.semparaempresas.com.br/vtonline/demonstrativo.php?NUMRPS=001519548&NUMSERIE=3&NUMPREF=3 Id Pedido:15012635

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 55,18

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	55,18	2,00%	1,10	0,00

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 1519548 Série 3, emitido em 17/07/2024; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/08/2024.

VB SERVIÇOS COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO. LTDA.
Avenida Dra Ruth Cardoso 7221 18º andar
Pinheiros - São Paulo/SP CEP 05425-902
CNPJ 00.288.916/0010-80

BANCO ITAU SA | 341-7 | RECIBO DO SACADO

Nome do Sacado/Nome	CNPJ/CPF	Nosso Número	Agência / Código do Cedente	Valor do Documento
27949878000205 - INST. ALCANCE GESTAO EM	27949878000205	02742956-2	8499-/0015736-	805,18

Demonstrativo

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Cod.	Descrição	Quantidade	Unitário	Sub-Total
48535	AUTO - CREDITO VEICULO	1	750,00	750,00

Autenticação Mecânica

BANCO ITAÚ SA | 341-7 | 34191.09024 74295.628494 90157.360000 5 97800000080518

Local de Pagamento	Vencimento
ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA	17/07/2024

Beneficiário	CNPJ/CPF	Agência / Código do Cedente
VB SERVIÇOS COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO. LTDA.	00288916001080	8499-/0015736-

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
16/07/2024	15012635	DM	N	17/07/2024	02742956-2

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Qtde/Saldo	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$			805,18

Instruções

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS RELATIVOS AO GERENCIAMENTO E INTERMEDIAÇÃO DE AQUISIÇÃO DE BENEFÍCIOS PARA TERCEIROS EM SISTEMA CONVENCIONAL E OU ELETRÔNICO POR MEIO MAGNÉTICO OU SIMILAR

NÃO RECEBER APÓS 29 DIAS DA DATA DO DOCUMENTO

(-) Desconto / Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora / Multa

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Sacado

INST. ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - 27949878000205
AV PERNAMBUCO 219 -
SAO MIGUEL DO ARAGUA/GO - CEP 76590-000

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

01/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:50
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090083986466293584573440009697960000100000
BENEFICIARIO:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
NOME FANTASIA:
TICKET SOLUCORS HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SOLUCORS HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
PAGADOR:
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	72.401
DATA DE VENCIMENTO	02/08/2024
DATA DO PAGAMENTO	24/07/2024
VALOR DO DOCUMENTO	1.000,00
VALOR COBRADO	1.000,00

NR.AUTENTICACAO 3.CF2.53E.20D.63A.41E

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.

MUNICÍPIO DE CAMPO BOM

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e

Número / Série NFS-e	Número / Série RPS	Data de Emissão
47627916 / T00	-	25/07/2024 06:23

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **03.506.307/0001-57** Inscrição Estadual: **0190105488** Inscrição Municipal: **11.801**

Nome/Razão Social: **TICKET SOLUCOES HDFGT S.A.**

Nome Fantasia: **TICKET LOG**

Endereço: **RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2, SANTA LUCIA, CEP 93700-000**

Município: **CAMPO BOM / RS** Telefone: **(51) 3590 7900**

E-mail: Site:

LOCAL DE TRIBUTAÇÃO	RESPONSABILIDADE PELO ISSQN	REGIME TRIBUTÁRIO
Campo Bom / RS	**Prestador de Serviço**	**Regime Geral**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **27.949.876/0002-05** Inscrição Estadual: - Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS**

Endereço: **AV PERNAMBUCO, 219, QUADRA19, ELIZIARIO, CEP 76590-000**

Município: **SAO MIGUEL DO ARAGUAIA / GO** País: **BRASIL**

E-mail:

Telefone:

FATURAS

Duplicata	Vencimento	Valor	Duplicata	Vencimento	Valor
47627916	**02/08/2024**	**1.000,00**			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	**0,00**	**1.000,00**	**0,00**	**0,00**	**1.000,00**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN
20019 - Nota Fiscal sem item de serviço	**10.05**	**2,00**	**0,00**	**1,00 / UN**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R$ 1.000,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
0,00	**1.000,00**	**0,00**	**0,00**
Redução na Base de Cálculo	**Valor Aproximado de Tributos**	**Base de Cálculo**	**ISSQN**
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**

RETENÇÕES FEDERAIS

INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	PIS/PASEP (R$)	COFINS (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R$ 1.000,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 8682315/F

TITULO NRO. 58265548

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 24/07/2024

GESTOR: JOAO PAULO

CODIGO CLIENTE: 218167

Atividade(s) autorizada(s) pelo Município: 20019 - AGENCIAM E INTERMEDIAC DE BENS MOVEIS

Local de Tributação: Campo Bom / RS

AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:

https://nfse.campobom.rs.gov.br/nfse/consultaExterna/430350630700015790T00047627916204145127

Código de Verificação: FMD.UHB.34D

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-047627916/204145127

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log

TICKET SOLUCOES HDFGT S/A
RUA MACHADO DE ASSIS, 50 - PREDIO 2 - SANTA LUCIA
CAMPO BOM – RS – CEP 93700-000

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 39864.662935 84573.440009 6 97960000100000

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/45734-4	R$		109/00398646-6

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.TL-11903563	03.506.307/0001-57	02/08/2024	1.000,00

(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(=) Valor cobrado

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 39864.662935 84573.440009 6 97960000100000

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento: **02/08/2024**

Beneficiário
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA

Agência/Código do Beneficiário: **2938/45734-4**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
23/07/2024	1.TL-11903563	DS	SIM	23/07/2024

Nosso Número: **109/00398646-6**

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento
		R$		

(=) Valor do Documento: **1.000,00**

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA **27.949.878/0002-05**
AV PERNAMBUCO 219 QUADRA19 - ELIZIARIO - 76590000 - SAO MIGUEL DO - GO

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

01/08/2024 - BANCO DO BRASIL - 09:38:50
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090084001349293584573440009897980000400000
BENEFICIARIO:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
NOME FANTASIA:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
BENEFICIARIO FINAL:
TICKET SOLUCOES HDFGT SA
CNPJ: 03.506.307/0001-57
PAGADOR:
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	72.501
DATA DE VENCIMENTO	04/08/2024
DATA DO PAGAMENTO	25/07/2024
VALOR DO DOCUMENTO	4.000,00
VALOR COBRADO	4.000,00

NR.AUTENTICACAO D.399.64A.A7A.E28.318

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.

MUNICÍPIO DE CAMPO BOM

SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFFS-e

Número / Série NFS-e	Número / Série RPS	Data de Emissão
47636357 / T00	-	26/07/2024 06:26

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **03.506.307/0001-57** Inscrição Estadual: **0190105488** Inscrição Municipal: **11.801**

Nome/Razão Social: **TICKET SOLUCOES HDFGT S.A.**

Nome Fantasia: **TICKET LOG**

Endereço: **RUA MACHADO DE ASSIS, 50, EDIF 2, SANTA LUCIA, CEP 93700-000**

Município: **CAMPO BOM / RS** Telefone: **(51) 3590 7900**

E-mail: Site:

LOCAL DE TRIBUTAÇÃO	RESPONSABILIDADE PELO ISSQN	REGIME TRIBUTÁRIO
Campo Bom / RS	**Prestador de Serviço**	**Regime Geral**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05** Inscrição Estadual: - Inscrição Municipal:

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS**

Endereço: **AV PERNAMBUCO, 219, QUADRA19, ELIZIARIO, CEP 76590-000**

Município: **SAO MIGUEL DO ARAGUAIA / GO** País: **BRASIL**

E-mail:

Telefone:

FATURAS

Duplicata	Vencimento	Valor	Duplicata	Vencimento	Valor
47636357	05/08/2024	4.000,00			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	0,00	4.000,00	0,00	0,00	4.000,00

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição	L.C. 116	Alíquota (%)	Valor Unitário	Qtd / Unid	Desconto Inc.	Valor Serviço	ISSQN
20019 - Nota Fiscal sem item de serviço	10.05	2,00	0,00	1,00 / UN	0,00	0,00	0,00

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R$ 4.000,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
0,00	4.000,00	0,00	0,00
Redução na Base de Cálculo	**Valor Aproximado de Tributos**	**Base de Cálculo**	**ISSQN**
0,00	0,00	0,00	0,00

RETENÇÕES FEDERAIS

INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	PIS/PASEP (R$)	COFINS (R$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

VALOR LÍQUIDO DA NOTA FISCAL: R$ 4.000,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 8690706/F

TITULO NRO. 58282718

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 25/07/2024

GESTOR: JOAO PAULO

CODIGO CLIENTE: 218167

Atividade(s) autorizada(s) pelo Município: 20019 - AGENCIAM E INTERMEDIAC DE BENS MOVEIS

Local de Tributação: Campo Bom / RS

AUTENTICIDADE

A autenticidade desta Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e pode ser verificada no portal do Município no endereço:

https://nfse.campobom.rs.gov.br/nfse/consultaExterna/43035063070001579OT00047636357536440108

Código de Verificação: VEJ.F3Q.GST

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-047636357/536440108

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log

TICKET SOLUCOES HDFGT S/A
RUA MACHADO DE ASSIS, 50 - PREDIO 2 - SANTA LUCIA
CAMPO BOM – RS – CEP 93700-000

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 40013.492935 84573.440009 8 97980000400000			
Beneficiário 03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA		Agência/Código do Beneficiário 2938/45734-4	Espécie R$	Quantidade	Nosso número 109/00400134-9
Número do documento 1.TL-11906535	CPF/CNPJ 03.506.307/0001-57	Vencimento 04/08/2024			Valor Documento 4.000,00
(-) Desconto / Abatimentos	(-) Outras deduções	(+) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos		(=) Valor cobrado

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

Autenticação Mecânica

Obrigado por escolher a Edenred

Corte na linha pontilhada

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 40013.492935 84573.440009 8 97980000400000				
Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 04/08/2024	
Beneficiário 03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA					Agência/Código do Beneficiário 2938/45734-4	
Data do Documento 25/07/2024	No documento 1.TL-11906535	Espécie Doc DS	Aceite SIM	Data do Processamento 25/07/2024	Nosso Número 109/00400134-9	
Uso do Banco	Carteira	Espécie R$	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento 4.000,00	
Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)					(-) Desconto/Abatimento	
					(-) Outras Deduções	
					(+) Mora/Multa	
					(+) Outros acréscimos	
					(=) Valor Cobrado	

Pagador
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SA **27.949.878/0002-05**
AV PERNAMBUCO 219 QUADRA19 - ELIZIARIO - 76590000 - SAO MIGUEL DO - GO

Cód. baixa

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica - **Ficha de Compensação**



Corte na linha pontilhada

7. TAXAS/CERTIFICADOS/SEGUROS

8. IMPOSTOS S/NF

12/07/2024 BANCO DO BRASIL - 14:51:42
364803648 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X

DATA DA TRANSFERENCIA 12/07/2024
NR. DOCUMENTO 551.648.000.043.561
VALOR TOTAL 8.797,52

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.561-9
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826

NR.AUTENTICACAO A.4CA.DC4.E16.4E2.4AB

RECIBO DE TRANFERENCIA DE VALOR PARA PAGAMENTO DO PARCELAMENTO NA RECEITA FEDERAL

INSTITTUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE – IAGS – FILIAL HMAA
CNPJ: 27.949.878/0002-05
ENDEREÇO: AV PERNAMBUCO, N 219, SETOR ELIZIÁRIO, SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO, CEP: 75690-000

É repassado, nesse momento ao Instituto Alcance Gestão em Saúde - Sede, CNPJ 27.949.878/0001-24 com endereço na Av T-10, n 208, Edificio New Times Square Urban Office, sala 1501, Setor Bueno, Goiânia-Go, CEP: 74.223-060, o valor de R$ 8.797,52 (oito mil setecentos e noventa e sete reais e cinquenta e dois centavos), equivalente a 24,69%. Esse percentual tem como base a totalidade dos débitos da filial tal sobre o valor total do parcelamento junto a Receita Federal. Referente à decima parcela.

Os valores dos débitos objeto do parcelamento, se encontram discriminados no relatório de débitos da unidade, juntamente com o recibo do parcelamento, onde estão discriminados os valores parcelados, todos em anexo, juntamente com DARF da parcela.

São Miguel do Araguaia-Go

12 de Julho de 2024.