PRESTAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRA

HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL – HMAA

SETEMBRO 2023

Relatório Mensal Comparativo de Recursos Recebidos, Gastos e Devolvidos ao Poder Público				
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 9° ADITIVO			
VIGÊNCIA DO CONTRATO DE GESTÃO:	13/09/2018 A 12/09/2026			
VALOR MENSAL DO CONTRATO	R$ 1.000.000,00			
RELATÓRIO FINANCEIRO SETEMBRO DE 2023				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES/GLOSA	**R$**	**203.175,58**		
Folha de Pagamento servidores cedidos	R$	142.122,55		
Araguaia Prev folha de pagamento servidores cedidos	R$	58.851,89		
Parcela Seguro Ambulância e Licenciamentos	R$	2.201,14		
PREVISÃO DE REPASSE DO PERÍODO (valor contrato - glosa)	**R$**	**796.824,42**		
TOTAL DE RECURSO FINANCEIRO DO PERÍODO	**R$**	**932.144,82**		
1 SALDO ANTERIOR	**R$**	**229.830,41**		
1.1 Saldo Anterior em Conta	**R$**	**229.830,41**		
2 ENTRADAS DE RECURSOS FINANCEIROS	**R$**	**702.314,41**		
2.1 Recurso Recebido	**R$**	**702.289,14**		
1° Repasse maio/2023 -	R$	300.000,00	08/09/23	TRANSFERENCIA
2° Repasse junho/2023 -	R$	202.289,14	22/09/23	TRANSFERENCIA
3° Repasse junho2023 -	R$	110.000,00	25/09/23	TRANSFERENCIA
4° Repasse junho/2023 -	R$	90.000,00	28/09/23	TRANSFERENCIA
2.2 Aplicações Financeiras	**R$**	**25,27**		
Rendimentos BB RF Simples Agil	R$	25,27		
SAÍDAS DE RECURSOS FINANCEIROS	**R$**	**886.185,57**		
1 Recursos Humanos	R$	671.873,73		
1.1 Salários Líquidos	R$	261.617,61		
jul/23	R$	130.341,67	08/09/23	TRANSF
ago/23	R$	129.100,41	27/09/23	TRANSF
ago/23	R$	2.175,53	28/09/23	TRANSF
1.2 Férias	R$	14.334,98		
Adolfo Fernandes da Silva	R$	2.778,34	29/09/23	TRANSF
Francisca Katia Bezerra de Araujo Figueiredo	R$	2.376,82	29/09/23	TRANSF
Gonçala de Jesus Mourao	R$	2.479,79	29/09/23	TRANSF
Marcos Antonio Vieira Goncalves	R$	4.598,88	29/09/23	TRANSF
Marivane Gomes de Almeida	R$	2.101,15	29/09/23	TRANSF
1.3 Rescisões	R$	-		
1.4 FGTS Rescisorio	R$	-		
1.5 GPS	R$	-		
1.6 IRRF	R$	-		
1.7 PIS	R$	-		
1.8 Outras Formas de Contratação	R$	395.921,14		
Pro Ativa Care Servicos e Gestao Ltda	R$	15.500,00	01/09/23	NFSE 142
Alves dos Santos Servicos Administrativos	R$	3.325,00	04/09/23	NFSE 25
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	100.000,00	06/09/23	NF 341 PARC 4/5
Life Care Excelencia S/A	R$	116.337,39	11/09/23	NFSE 2261
Natanael Martins Coelho e Cia Ltda	R$	10.247,88	13/09/23	NF 1774
Anna Carolinne Moreira Gomes Faria	R$	22.932,00	14/09/23	NFSE 7
Carlos Fabricio Pereira Lara Me	R$	10.800,00	14/09/23	NFSE 1341
Ana Barbisan de Souza Servicos Medicos Ltda	R$	3.162,50	18/09/23	NFSE 8
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	16.893,00	27/09/23	NFSE 338
Pro Saude Servicos Medicos Eireli	R$	96.723,37	28/09/23	NF 341 PARC 5/5

2 Despesas Administrativas	R$	43.498,06		
2.1 Energia Elétrica	R$	-		
2.2 Saneamento	R$	12.911,93		
Saneago de Goias S.A	R$	1.832,58	05/09/23	FATURA
Saneago de Goias S.A	R$	11.079,35	11/09/23	FATURA
2.3 Telefonia	R$	-		
2.4 Internet	R$	250,00		
S.D de Medeiros e Cia Ltda	R$	90,00	14/09/23	NFS 105495
S.D de Medeiros e Cia Ltda	R$	160,00	14/09/23	NOTA DEBITO 1990
2.5 Hospedagem/Despesas de Viagens	R$	141,62		
Hotel São Miguel	R$	141,62	11/09/23	NFSE 9260
2.6 Fundo Fixo	R$	-		
2.7 Rateio	R$	26.920,32		
REF 06/2023 -Parc 2/3	R$	10.000,00	15/09/23	TRANSF
REF 06/2023 - Parc 3/3	R$	16.920,32	29/09/23	TRANSF
2.8 Materiais de Expediente	R$	1.434,00		
R3 Comercio e Consultoria & Tecnologis em Seguranca Ltda	R$	300,00	05/09/23	NF 1080
Amaral e Vilela Ltda - Tecnew	R$	655,00	26/09/23	NF 9345
Suprimais Suprimentos para Informatica Ltda	R$	479,00	26/09/23	NF 11694
2.9 Plataforma de Compras	R$	1.840,19		
Huma Cotacoes e Compras Eletronicas Ltda	R$	1.840,19	27/09/23	NFSE 23370
3 Despesas Operacionais	R$	61.211,29		
3.1 Medicamentos	R$	16.663,06		
Omni Hospitalar LTDA-ME	R$	2.268,00	05/09/23	NF 28936
C.A Hospitalar Eireli	R$	585,85	06/09/23	NF 66001
Cirurgica Pinheiro Ltda	R$	4.807,00	11/09/23	NF 65263
Hospdrogas Comercial Ltda	R$	9.002,21	13/09/23	NF 47886
3.2 Materiais Hospitalares	R$	19.072,52		
Supermedica Distrib Hospitalar Eireli	R$	20,03	05/09/23	NF 245411
Hgm Distribuicao de Produtos Medicos hospi Ltda	R$	275,00	06/09/23	NF 1401
Supermedica Distrib Hospitalar Eireli	R$	2.114,38	06/09/23	NF 245412
Ultramedi Com de Medicamentos Hospitalares Ltda	R$	2.051,04	11/09/23	NF 1441
Hospdrogas Comercial Ltda	R$	1.952,46	12/09/23	NF 47926
Hosptech Servicos Ltda	R$	1.261,88	13/09/23	NF 3318
Hospdrogas Comercial Ltda	R$	5.280,00	18/09/23	PARC 3/9-NEGOC REF NF 33325,33340,33471,34351,34367
Supermedica Distrib Hospitalar Eireli	R$	6.117,73	27/09/23	NF´S 201860 a 201862,206670 a 206672,209579,209825,209884,209886
3.3 Gases Medicinais	R$	-		
3.4 EPI	R$	-		
3.5 Enxoval	R$	-		
3.6 Higienização e Limpeza	R$	2.215,95		
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	2.215,95	26/09/23	NF 232189
3.7 Lavanderia	R$	-		
3.8 Gêneros Alimentícios	R$	11.877,30		
Maria Odete F Faria Azevedo - ME-Casa de Carne Sta Maria	R$	3.160,00	01/09/23	NF 127
Rogerio dos Santos Roque ME'	R$	2.134,95	01/09/23	NF 1222
Rogerio dos Santos Roque ME'	R$	2.936,00	11/09/23	NF 1215
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	3.646,35	26/09/23	NF 232188
3.9 GLP	R$	760,00		
SMA Revendedora de Gas Ltda	R$	760,00	01/09/23	NF 1316 PROC 383

3.10 Descartáveis	R$	1.148,00		
Orzelita Rodrigues Silva Eireli	R$	1.148,00	26/09/23	NF 232190
3.11 Peças e Acessórios Equipamentos Hospitalares	R$	905,46		
MS Distribuidora Hospitalar Ltda	R$	905,46	26/09/23	NF 307
3.12 Manutenção Predial	R$	4.000,00		
Fabio Junior Martins Arruda	R$	4.000,00	27/09/23	NFSE 18 PAR (1/2)
3.13 Outros	R$	4.569,00		
Diagnostica Centro Oeste Prod Lab Ltda	R$	4.339,00	01/09/23	NF 12753
Genesys Distribuicao - Comercio e Serviços Ltda	R$	230,00	26/09/23	NF 950
4 Prestação de Serviços Administrativos	R$	40.500,00		
4.1 Assessoria Administrativa	R$	26.000,00		
Barsi Assessoria e Negocios Ltda	R$	16.000,00	01/09/23	NFSE 114
ADM Servicos e Consultioria Ltda	R$	10.000,00	15/09/23	NFSE 124 PARC 3/3
4.2 Assessoria Jurídica	R$	-		
4.3 Assessoria Contábil	R$	8.500,00		
MJS Goncalves Contabilidade Empresarial	R$	8.500,00	29/09/23	NFSE 331
4.4 Assessoria de Imprensa	R$	-		
4.5 Faturamento	R$	-		
4.6 Sistema de Gestão	R$	6.000,00		
Promedico Gestor Hospitalar Ltda	R$	6.000,00	13/09/23	NFSE 289
4.7 Gestão de Documentos e TI	R$	-		
4.8 Assessoria Prestação de Contas	R$	-		
4.9 Controle Interno	R$	-		
4.10 Segurança e Saúde do Trabalho	R$	-		
5 Prestação de Serviços Operacionais	R$	40.949,70		
5.2 Manutenção Predial	R$	-		
5.3 Locação Equipamentos	R$	-		
5.4 Manutenção de Gerador	R$	-		
5.5 Coleta de Lixo	R$	3.409,70		
S e G Industria e Solucoes Eireli	R$	3.409,70	29/09/23	NFSE 25815
5.6 Engenharia Clinica	R$	37.540,00		
Orbis Gestao de Tecnologia em Saude Ltda	R$	18.770,00	29/09/23	NFSE 95
Orbis Gestao de Tecnologia em Saude Ltda	R$	18.770,00	29/09/23	NFSE 115
6 Frota	R$	19.278,30		
6.1 Serviços de Manutenção Veicular	R$	-		
6.2 Materiais de Manutenção Veicular	R$	420,00		
Celio Pereira de Miranda - Borracharia Miranda	R$	420,00	14/09/23	NF 90
6.3 Combustível	R$	18.858,30		
Ticket Solucoes	R$	2.000,00	01/09/23	NFSE 45243850
Vb Serviços Comercio e Administracao ltda	R$	1.552,80	01/09/23	NFSE 03185927
Ticket Solucoes	R$	5.000,00	05/09/23	NFSE 45280124
Vb Serviços Comercio e Administracao ltda	R$	2.052,80	12/09/23	NFSE 03192845
Ticket Solucoes	R$	4.199,90	22/09/23	NFSE 4586139
Ticket Solucoes	R$	3.000,00	29/09/23	NFSE 45435897
Vb Serviços Comercio e Administracao ltda	R$	1.052,80	29/09/23	NFSE 03216202
7 Taxas/Certificados/Seguros	R$	639,20		

7.1 Taxas Bancárias	R$	479,20		
DOC/TED Eletrônico	R$	428,80		
Tarifa Salario	R$	50,40		
Tarifa pacote serviços	R$	160,00	11/09/23	
7.2 Taxas Alvarás	R$	-		
8 Impostos S/ NF	R$	8.235,29		
ISS S/NF	R$	35,52	26/09/23	REF 08/2023
Parcelamento Impostos Federais Parcela 5/39	R$	8.199,77	27/09/23	TRANSF
9 Material Permanente	R$	-		
SALDO	**R$**	**45.959,25**	**30/09/23**	

São Miguel do Araguaia-GO, 10 de Outubro de 2023.

MARIA APARECIDA TAVARES PINTO E SILVA:39697452172

Assinado de forma digital por MARIA APARECIDA TAVARES PINTO E SILVA:39697452172
Dados: 2023.11.01 16:27:24 -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°397/2023

São Miguel do Araguaia, 06 de Outubro de 2023.

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

Ref: **Aplicação de glosa referente ao 60° 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 60° repasse previstos no Contrato de Gestão n° 159/2018, referente a SETEMBRO do corrente ano.

PARCELA	VALOR GLOSA	DISCRIMINAÇÃO	ANEXO
60	R$ 158.054,27	Folha pagamento e contribuição de servidores públicos cedidos e adiantamento de 13° salário	I - Relação com nome, cargo e valor de remuneração bruta.
60	R$ 66.994,95	Contribuição patronal ARAGUAIA PREV sobre salários e adiantamento de 13° salário	II - 57,20% Patronal Prefeitura - Araguaia PREV
	R$ 1.900,00	Diárias de Viagens	
	R$ 390,13	Parcela 4/5 seguro veículo	Seguro veículo
	1.811,01	Licenciamentos	Veículos

Fica informado o valor de **R$ 229.150,36 (duzentos vinte e nove mil cento e cinquenta reais e trinta e seis centavos)** a ser glosado do 60° repasse do CG n° 159/2018.

Vale frisar, que o valor de **R$ 25.974,78 (vinte e cinco mil, novecentos e setenta e quatro reais e setenta e oito 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	Daniel Vieira Bernardo	Licença Prêmio	28/02/2013 a 28/02/2018	2/3	R$ 8.313,72
02	Irany Verissimo dos Santos	Licença Prêmio	25/01/2018 a 25/01/2023	2/3	R$ 925,32
03	Jordana C M Bernardo	Licença Prêmio	25/01/2013 a 25/01/2018	2/3	R$ 8.313,72
04	José Mario Teixeira	Licença Prêmio	01/06/2018 a 01/06/2023	2/3	R$ 278,96
	Araguaia Prev referente valores de ressarcimento (57,20%)				**R$ 8.143,06**
				TOTAL	**R$ 25.974,78**

Restando a ser repassado para fechamento do 60° repasse, ref. SET/2023, o saldo de R$ 796.824,42 (setecentos e noventa e seis mil, oitocentos e vinte quatro reais e quarenta e dois centavos).

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

Sendo o que se apresenta, subscrevo-me.

Respeitosamente,

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

Sendo o que se apresenta, subscrevo-me.

Respeitosamente,

MIRELLY PARREIRA VELOSO FERREIRA
- SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE-
DECRETO Nº 156/2021

1. RECURSOS HUMANOS

G3382510296807811
25/10/2023 10:33:48

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ADOLFO FERNANDES DA SILVA
CPF: 034.524.381-12
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.822-2
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.125,29

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.267.0F9.CC3.B34.F4B

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO

2 ADOLFO FERNANDES DA SILVA (PORTEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10005	TRIENIO	1	48,96	
10011	GRATIFICACAO		350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.14 %		188,43
			2.313,72	188,43
			Líquido.....:	2.125,29

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	2.313,72	2.313,72	185,10	1.785,72

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

Julho/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO

2 ADOLFO FERNANDES DA SILVA (PORTEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10005	TRIENIO	1	48,96	
10011	GRATIFICACAO		350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.14 %		188,43
			2.313,72	188,43
			Líquido.....:	2.125,29

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	2.313,72	2.313,72	185,10	1.785,72

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ALCILENE DOS SANTOS CARVA
CPF: 016.878.291-01
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.823-0
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.694,74

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.06F.8A9.8F9.A7E.A94

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

84 ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	166,93	
19998	INSS	7.92 %		145,85
			1.840,59	145,85
			Líquido.....:	1.694,74

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.840,59	1.840,59	147,25	1.312,59

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

84 ALCILENE DOS SANTOS CARVALHO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	166,93	
19998	INSS	7.92 %		145,85
			1.840,59	145,85
			Líquido.....:	1.694,74

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.840,59	1.840,59	147,25	1.312,59

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANA BEATRIZ ALVES DA SILV
CPF: 626.452.633-99
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.455-9
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.722,96

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.281.067.8EB.852.534

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

118 ANA BEATRIZ ALVES DA SILVA (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

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

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

118 ANA BEATRIZ ALVES DA SILVA (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANA CLARA VIANA DANTAS PI
CPF: 704.274.391-16
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.456-7
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.262,04

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: F.B46.ABF.FC9.086.73E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: NUTRIÇÃO

122 ANA CLARA VIANA DANTAS PINTO (NUTRICIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.19 %		201,96
			2.464,00	201,96
			Líquido.....:	2.262,04

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.200,00	2.464,00	2.464,00	197,12	1.936,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: NUTRIÇÃO

122 ANA CLARA VIANA DANTAS PINTO (NUTRICIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.19 %		201,96
			2.464,00	201,96
			Líquido.....:	2.262,04

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.200,00	2.464,00	2.464,00	197,12	1.936,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANA ELISA MATIOLI DA SILV
CPF: 008.492.582-51
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.037-5
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.496,71

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.87B.EB8.126.5A6.407

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: SERVIÇO SOCIAL

45 ANA ELISA MATIOLI DA SILVA (ASSISTENTE SOCIAL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	25 Dias	1.750,00	
10005	TRIENIO	1	63,00	
10011	GRATIFICACAO		300,00	
10141	LICENÇA MÉDICA	5 Dias	350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.44 %		230,29
			2.727,00	230,29
			Líquido.....:	2.496,71

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.727,00	2.727,00	218,16	2.199,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: SERVIÇO SOCIAL

45 ANA ELISA MATIOLI DA SILVA (ASSISTENTE SOCIAL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	25 Dias	1.750,00	
10005	TRIENIO	1	63,00	
10011	GRATIFICACAO		300,00	
10141	LICENÇA MÉDICA	5 Dias	350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.44 %		230,29
			2.727,00	230,29
			Líquido.....:	2.496,71

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.727,00	2.727,00	218,16	2.199,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

08/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 10:54:46
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 08/09/2023
NR. DOCUMENTO 550.757.000.004.842
VALOR TOTAL 668,72
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ANGELICA PEDATTELLA MIRAN
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 4.842-9
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO 3.FFF.EEA.C9C.2AE.6E0

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

113 ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA (GERENTE ADMINISTRATI)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	5 Dias	722,93	
19998	INSS	7.5 %		54,21
			722,93	54,21
			Líquido.....:	668,72

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.055,00	722,93	722,93	57,83	194,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

113 ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA (GERENTE ADMINISTRATI)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	5 Dias	722,93	
19998	INSS	7.5 %		54,21
			722,93	54,21
			Líquido.....:	668,72

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.055,00	722,93	722,93	57,83	194,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANGELICA PEDATELLA MIRANDA
CPF: 014.798.311-82
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 4.842-9
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.243,28

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.683.2E1.62B.AB3.8CC

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

113 ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA (GERENTE ADMINISTRATI)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	26 Dias	3.514,33	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	10.65 %		404,47
19999	IRRF	15.0 %		149,18
			3.796,93	553,65
			Líquido.....:	3.243,28

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.055,00	3.796,93	3.796,93	303,75	3.463,86

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

113 ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA (GERENTE ADMINISTRATI)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	26 Dias	3.514,33	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	10.65 %		404,47
19999	IRRF	15.0 %		149,18
			3.796,93	553,65
			Líquido.....:	3.243,28

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.055,00	3.796,93	3.796,93	303,75	3.463,86

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 44,97

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.7E9.6E8.B1F.47B.526

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

49 ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,97	
10005	TRIENIO	1	1,44	
19998	INSS	8.98 %		4,44
			49,41	4,44
			Líquido.....:	44,97

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	49,41	49,41	3,95	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/____ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

49 ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	47,97	
10005	TRIENIO	1	1,44	
19998	INSS	8.98 %		4,44
			49,41	4,44
			Líquido.....:	44,97

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	49,41	49,41	3,95	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: BRIGIDA MARIA FERREIRA SO
CPF: 921.939.431-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.826-5
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.580,81

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.50D.0BA.FF8.7B2.B50

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

4 BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZA RODRIGUE (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.715,39	134,58
			Líquido.....:	1.580,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

4 BRIGIDA MARIA FERREIRA DE SOUZA RODRIGUE (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.715,39	134,58
			Líquido.....:	1.580,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.002,86

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.BCB.790.9B6.EBD.FF2

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

93 CAMILA SILVA MOREIRA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	200,00	
10081	SALARIO FAMILIA	1	59,82	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	220,00	
19998	INSS	7.95 %		150,62
			2.153,48	150,62
			Líquido.....:	2.002,86

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.893,66	1.893,66	151,49	1.425,48

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

93 CAMILA SILVA MOREIRA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	200,00	
10081	SALARIO FAMILIA	1	59,82	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	220,00	
19998	INSS	7.95 %		150,62
			2.153,48	150,62
			Líquido.....:	2.002,86

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.893,66	1.893,66	151,49	1.425,48

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: CARLOS BONFIM SOUZA OLIVE
CPF: 064.208.911-67
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.828-1
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.660,03

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.004.656.822.5A5.B78

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

59 CARLOS BONFIM SOUZA OLIVEIRA (AUXILIAR ADMINISTRAT)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		1.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.7 %		255,61
19999	IRRF	7.5 %		22,35
			2.937,99	277,96
			Líquido.....:	2.660,03

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.937,99	2.937,99	235,04	2.409,99

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

/ / Data

Assinatura

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

59 CARLOS BONFIM SOUZA OLIVEIRA (AUXILIAR ADMINISTRAT)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		1.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.7 %		255,61
19999	IRRF	7.5 %		22,35
			2.937,99	277,96
			Líquido.....:	2.660,03

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.937,99	2.937,99	235,04	2.409,99

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

/ / Data

Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: CARULINI SOUSA DE OLIVEIR
CPF: 021.215.081-20
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.457-5
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.964,80

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.85B.1C1.D0F.690.EA0

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

116 CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	379,38	
19998	INSS	9.06 %		299,36
19999	IRRF	7.5 %		38,40
			3.302,56	337,76
			Líquido.....:	2.964,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.302,56	3.302,56	264,20	2.624,02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

116 CARULINI SOUSA DE OLIVEIRA (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	379,38	
19998	INSS	9.06 %		299,36
19999	IRRF	7.5 %		38,40
			3.302,56	337,76
			Líquido.....:	2.964,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.302,56	3.302,56	264,20	2.624,02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:46
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: CLAUDENICE SANTOS SILVA
CPF: 945.560.911-87
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.829-X
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.562,80

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.288.FE9.D20.F5A.3E7

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: FARMACIA

105 CLAUDENICE SANTOS SILVA (AUXILIAR DE FARMACIA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.83 %		132,80
			1.695,60	132,80
			Líquido.....:	1.562,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.695,60	1.695,60	135,65	1.167,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: FARMACIA

105 CLAUDENICE SANTOS SILVA (AUXILIAR DE FARMACIA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.83 %		132,80
			1.695,60	132,80
			Líquido.....:	1.562,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.695,60	1.695,60	135,65	1.167,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: DANIEL ERICK DE LIMA AMAN
CPF: 045.848.761-93
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.830-3
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.936,85

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.D65.BAA.EDC.A07.78B

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL

57 DANIEL ERICK DE LIMA AMANCIO (RECEPCIONISTA)

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	191,87	
19998	INSS	8.05 %		169,79
			2.106,64	169,79
			Líquido.....:	1.936,85

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.106,64	2.106,64	168,53	1.578,64

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL

57 DANIEL ERICK DE LIMA AMANCIO (RECEPCIONISTA)

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	191,87	
19998	INSS	8.05 %		169,79
			2.106,64	169,79
			Líquido.....:	1.936,85

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.106,64	2.106,64	168,53	1.578,64

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

08/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 10:54:46
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 08/09/2023
NR. DOCUMENTO 550.757.000.022.849
VALOR TOTAL 603,10
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DHANDARA OHANNA RODRIGUES
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 22.849-4
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO E.643.A17.F49.074.132

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023

27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

99 DHANDARA OHANNA RODRIGUES COSTA OLIVEIRA (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	12 Dias	652,00	
19998	INSS	7.5 %		48,90
			652,00	48,90
			Líquido.....:	603,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	652,00	652,00	52,16	124,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023

27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

99 DHANDARA OHANNA RODRIGUES COSTA OLIVEIRA (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	12 Dias	652,00	
19998	INSS	7.5 %		48,90
			652,00	48,90
			Líquido.....:	603,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	652,00	652,00	52,16	124,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: DHANDARA OHANNA RODRIGUES
CPF: 017.759.061-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.849-4
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.582,32

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.C6C.A8C.74D.FC6.394

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

99 DHANDARA OHANNA RODRIGUES COSTA OLIVEIRA (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	19 Dias	1.032,33	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	14	43,47	
19998	INSS	8.41 %		145,48
			1.727,80	145,48
			Líquido.....:	1.582,32

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	1.727,80	1.727,80	138,22	1.323,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

99 DHANDARA OHANNA RODRIGUES COSTA OLIVEIRA (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	19 Dias	1.032,33	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	14	43,47	
19998	INSS	8.41 %		145,48
			1.727,80	145,48
			Líquido.....:	1.582,32

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	1.727,80	1.727,80	138,22	1.323,80

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: DIESSYCA JORDANY SOUZA SI
CPF: 049.446.851-30
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.850-8
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.712,33

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.390.344.EFC.9A5.0D0

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

69 DIESSYCA JORDANY SOUZA SILVA (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.77 %		263,41
19999	IRRF	7.5 %		27,22
			3.002,96	290,63
			Líquido.....:	2.712,33

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.002,96	3.002,96	240,24	2.474,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

69 DIESSYCA JORDANY SOUZA SILVA (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.77 %		263,41
19999	IRRF	7.5 %		27,22
			3.002,96	290,63
			Líquido.....:	2.712,33

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.002,96	3.002,96	240,24	2.474,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.433,15

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.58E.EBB.BBE.DDE.4CC

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

119 DIOGO PIRES NEVES (ENFERMEIRO(A))

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		264,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	354,08	
19998	INSS	9.04 %		296,32
19999	IRRF	7.5 %		47,79
			3.777,26	344,11
			Líquido.....:	3.433,15

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.277,26	3.277,26	262,18	2.749,26

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

119 DIOGO PIRES NEVES (ENFERMEIRO(A))

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		264,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	354,08	
19998	INSS	9.04 %		296,32
19999	IRRF	7.5 %		47,79
			3.777,26	344,11
			Líquido.....:	3.433,15

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.277,26	3.277,26	262,18	2.749,26

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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 ARAGUAIA GO
CONTA: 22.851-6
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 76,23

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.0C1.418.546.B40.7F4

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

76 EDUARDO DIAS NASCIMENTO (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	88,64	
19998	INSS	14.0 %		12,41
			88,64	12,41
			Líquido.....:	76,23

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	88,64	88,64	7,09	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

76 EDUARDO DIAS NASCIMENTO (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	88,64	
19998	INSS	14.0 %		12,41
			88,64	12,41
			Líquido.....:	76,23

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	88,64	88,64	7,09	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

```
08/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    10:54:46
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                  08/09/2023
NR. DOCUMENTO                550.757.000.022.853
VALOR TOTAL                                976,64
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: EYDE DE SOUZA BEZERRA
AGENCIA: 0757-9          CONTA:          22.853-2
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO           D.D0C.762.957.4D7.969
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	20 Dias	1.055,82	
19998	INSS	7.5 %		79,18
			1.055,82	79,18
			Líquido.....:	976,64

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.055,82	1.055,82	84,47	527,82

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	20 Dias	1.055,82	
19998	INSS	7.5 %		79,18
			1.055,82	79,18
			Líquido.....:	976,64

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.055,82	1.055,82	84,47	527,82

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 739,20

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.315.117.8AE.78E.F2F

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	11 Dias	510,06	
10005	TRIENIO	1	15,30	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.51 %		68,76
			807,96	68,76
			Líquido.....:	739,20

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	807,96	807,96	64,64	807,78

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

63 EYDE DE SOUZA BEZERRA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	11 Dias	510,06	
10005	TRIENIO	1	15,30	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.51 %		68,76
			807,96	68,76
			Líquido.....:	739,20

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	807,96	807,96	64,64	807,78

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 43,46

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.6BA.2AC.A0D.063.B2E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

8 FABIOLA FELIX CARDOSO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	46,37	
10005	TRIENIO	1	1,39	
19998	INSS	9.0 %		4,30
			47,76	4,30
			Líquido.....:	43,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	47,76	47,76	3,82	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

8 FABIOLA FELIX CARDOSO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	46,37	
10005	TRIENIO	1	1,39	
19998	INSS	9.0 %		4,30
			47,76	4,30
			Líquido.....:	43,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	47,76	47,76	3,82	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.765,90

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.CFA.09F.C42.8BF.8C8

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

9 FERNANDO COSTA FERNANDES (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	8	1.440,00	
19998	INSS	10.08 %		447,92
19999	IRRF	22.5 %		229,14
			4.442,96	677,06
			Líquido.....:	3.765,90

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	4.442,96	4.442,96	355,44	3.914,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

9 FERNANDO COSTA FERNANDES (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	8	1.440,00	
19998	INSS	10.08 %		447,92
19999	IRRF	22.5 %		229,14
			4.442,96	677,06
			Líquido.....:	3.765,90

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	4.442,96	4.442,96	355,44	3.914,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FLAVIA VANESSA BARBOSA FA
CPF: 918.150.961-87
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.038-3
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.074,22

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.80A.8D5.436.B67.297

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

91 FLAVIA VANESSA BARBOSA FARIA (AUXILIAR ADMINISTRAT)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10011	GRATIFICACAO		475,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.12 %		183,38
			2.257,60	183,38
			Líquido.....:	2.074,22

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.257,60	2.257,60	180,61	1.729,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

91 FLAVIA VANESSA BARBOSA FARIA (AUXILIAR ADMINISTRAT)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10011	GRATIFICACAO		475,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.12 %		183,38
			2.257,60	183,38
			Líquido.....:	2.074,22

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.257,60	2.257,60	180,61	1.729,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FLAVIANE APARECIDA SOUSA
CPF: 060.360.011-50
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.855-9
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.886,46

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.FEB.776.85A.EF8.483

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL

65 FLAVIANE APARECIDA SOUSA PEREIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	163,28	
19998	INSS	8.03 %		164,81
			2.051,27	164,81
			Líquido.....:	1.886,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.051,27	2.051,27	164,10	1.523,27

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL

65 FLAVIANE APARECIDA SOUSA PEREIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	163,28	
19998	INSS	8.03 %		164,81
			2.051,27	164,81
			Líquido.....:	1.886,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.051,27	2.051,27	164,10	1.523,27

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FRANCILENE MENDES SILVA
CPF: 051.135.891-10
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.585-0
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.917,70

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.A0B.6CE.302.62D.F8C

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL

108 FRANCILENE MENDES DA SILVA (COZINHEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		390,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.05 %		167,90
			2.085,60	167,90
			Líquido.....:	1.917,70

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.085,60	2.085,60	166,85	1.557,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL

108 FRANCILENE MENDES DA SILVA (COZINHEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		390,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.05 %		167,90
			2.085,60	167,90
			Líquido.....:	1.917,70

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.085,60	2.085,60	166,85	1.557,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FRANCISCA KATIA B DE ARAU
CPF: 019.531.221-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.856-7
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.127,48

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.60F.AD4.D0D.9CF.B39

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

10 FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARAUJO FIGUEI (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	23 Dias	1.066,48	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10141	LICENÇA MÉDICA	7 Dias	324,58	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	4	440,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	160,74	
19998	INSS	8.14 %		188,65
			2.316,13	188,65
			Líquido.....:	2.127,48

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	2.316,13	2.316,13	185,29	1.788,13

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

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

10 FRANCISCA KATIA BEZERRA DE ARAUJO FIGUEI (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	23 Dias	1.066,48	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10141	LICENÇA MÉDICA	7 Dias	324,58	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	4	440,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	160,74	
19998	INSS	8.14 %		188,65
			2.316,13	188,65
			Líquido.....:	2.127,48

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	2.316,13	2.316,13	185,29	1.788,13

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.228,92

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.204.D9C.3D4.045.FF3

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ULTRASSONOGRAFIA

41 GISELLY MAIA SANTANA (AUXILIAR ADMINISTRAT)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10005	TRIENIO	1	45,00	
10011	GRATIFICACAO		600,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.18 %		198,68
			2.427,60	198,68
			Líquido.....:	2.228,92

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.427,60	2.427,60	194,21	1.899,60

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

Julho/2023
Departamento: ULTRASSONOGRAFIA

41 GISELLY MAIA SANTANA (AUXILIAR ADMINISTRAT)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10005	TRIENIO	1	45,00	
10011	GRATIFICACAO		600,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.18 %		198,68
			2.427,60	198,68
			Líquido.....:	2.228,92

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.427,60	2.427,60	194,21	1.899,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: GONÇALA DE JESUS MOURAO
CPF: 033.396.221-40
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.876-1
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.909,32

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.788.E04.6DF.2AB.FE7

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

12 GONÇALA DE JESUS MOURÃO (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	188,40	
19998	INSS	8.04 %		167,07
			2.076,39	167,07
			Líquido.....:	1.909,32

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.076,39	2.076,39	166,11	1.548,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

12 GONÇALA DE JESUS MOURÃO (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	188,40	
19998	INSS	8.04 %		167,07
			2.076,39	167,07
			Líquido.....:	1.909,32

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.076,39	2.076,39	166,11	1.548,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: IRIS RAIMUNDO DE BORBA JU
CPF: 880.890.611-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.212-2
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.494,71

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.AC1.000.50C.888.5CB

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: FARMACIA

13 IRIS RAIMUNDO DE BORBA JUNIOR (FARMACEUTICO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
10005	TRIENIO	1	63,00	
10011	GRATIFICACAO		250,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.37 %		224,29
			2.719,00	224,29
			Líquido.....:	2.494,71

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.677,00	2.677,00	214,16	2.149,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: FARMACIA

13 IRIS RAIMUNDO DE BORBA JUNIOR (FARMACEUTICO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
10005	TRIENIO	1	63,00	
10011	GRATIFICACAO		250,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.37 %		224,29
			2.719,00	224,29
			Líquido.....:	2.494,71

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.677,00	2.677,00	214,16	2.149,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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 GO
CONTA: 23.458-3
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.949,59

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.B24.325.E15.893.2DE

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

60 JACIARA DA SILVA DIAS (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	185,47	
19998	INSS	7.95 %		151,27
			2.100,86	151,27
			Líquido.....:	1.949,59

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.900,86	1.900,86	152,07	1.372,86

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

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

60 JACIARA DA SILVA DIAS (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	185,47	
19998	INSS	7.95 %		151,27
			2.100,86	151,27
			Líquido.....:	1.949,59

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.900,86	1.900,86	152,07	1.372,86

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: JAKELINE G MARIANO SILVA
CPF: 705.553.711-82
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 19.158-2
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.748,11

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.E69.0C1.81E.13C.B90

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

107 JAKELINE GONÇALVES MARIANO SILVA (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.68 %		253,83
19999	IRRF	7.5 %		21,24
			3.023,18	275,07
			Líquido.....:	2.748,11

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.923,18	2.923,18	233,85	2.395,18

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

107 JAKELINE GONÇALVES MARIANO SILVA (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.68 %		253,83
19999	IRRF	7.5 %		21,24
			3.023,18	275,07
			Líquido.....:	2.748,11

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.923,18	2.923,18	233,85	2.395,18

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:49
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.137,57

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.2BD.379.C2E.B93.262

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

56 JORDANA ABREU MEIRELES (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	5	550,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	61,82	
19998	INSS	8.14 %		189,64
			2.327,21	189,64
			Líquido.....:	2.137,57

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	2.327,21	2.327,21	186,18	1.799,21

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

56 JORDANA ABREU MEIRELES (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	5	550,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	61,82	
19998	INSS	8.14 %		189,64
			2.327,21	189,64
			Líquido.....:	2.137,57

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	2.327,21	2.327,21	186,18	1.799,21

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTOATENDIMENTO - 10.55.13
3648X03648 SEGUNDA VIA 0004
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$ 2.195,31
DEBITO EM: 08/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090802
AUTENTICACAO SISBB: 4.BED.646.D85.7EE.1C4

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

127 JOSE EDUARDO VIEIRA DE FARIA REIS (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.17 %		195,36
			2.390,67	195,36
			Líquido.....:	2.195,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.390,67	2.390,67	191,25	1.862,67

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

127 JOSE EDUARDO VIEIRA DE FARIA REIS (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.17 %		195,36
			2.390,67	195,36
			Líquido.....:	2.195,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.390,67	2.390,67	191,25	1.862,67

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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: 22.878-8
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 6.962,24

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.816.5F1.F0A.336.E52

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO

126 JOSE EVANGELISTA MARTINS (MOTORISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	26	5.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			7.114,76	152,52
			Líquido.....:	6.962,24

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	1.386,76

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

Julho/2023
Departamento: ADMINISTRAÇÃO

126 JOSE EVANGELISTA MARTINS (MOTORISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.632,16	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	26	5.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			7.114,76	152,52
			Líquido.....:	6.962,24

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	1.386,76

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: JOSELITO CARVALHO DOS REI
CPF: 336.963.301-91
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.880-X
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 7.725,01

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.566.79B.B94.23C.DCB

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

78 JOSELITO CARVALHO DOS REIS (DIRETOR(A) GERAL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	10.024,76	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	11.68 %		876,95
19999	IRRF	27.5 %		1.705,40
			10.307,36	2.582,35
			Líquido.....:	7.725,01

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
10.024,76	7.507,49	10.307,36	824,59	9.430,41

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

78 JOSELITO CARVALHO DOS REIS (DIRETOR(A) GERAL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	10.024,76	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	11.68 %		876,95
19999	IRRF	27.5 %		1.705,40
			10.307,36	2.582,35
			Líquido.....:	7.725,01

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
10.024,76	7.507,49	10.307,36	824,59	9.430,41

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:47
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 4.347,10

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.ECC.BF6.995.1CE.9EA

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: LABORATÓRIO

123 JULYANE DA SILVA PEREIRA (BIOMEDICO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.650,00	
19998	INSS	10.66 %		555,86
19999	IRRF	22.5 %		311,04
			5.214,00	866,90
			Líquido.....:	4.347,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.300,00	5.214,00	5.214,00	417,12	4.278,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: LABORATÓRIO

123 JULYANE DA SILVA PEREIRA (BIOMEDICO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.650,00	
19998	INSS	10.66 %		555,86
19999	IRRF	22.5 %		311,04
			5.214,00	866,90
			Líquido.....:	4.347,10

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.300,00	5.214,00	5.214,00	417,12	4.278,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: KARLA SERENA RODRIGUES AB
CPF: 034.361.931-86
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.461-3
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.722,96

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.A71.874.464.241.8CF

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

117 KARLA SERENA RODRIGUES ABREU (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

117 KARLA SERENA RODRIGUES ABREU (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTOATENDIMENTO - 10.55.13
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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$ 42,90
DEBITO EM: 08/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090803
AUTENTICACAO SISBB: 0.09D.70D.DA4.BCC.66F

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

130 KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	46,37	
19998	INSS	7.5 %		3,47
			46,37	3,47
			Líquido.....:	42,90

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	46,37	46,37	3,71	42,90

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

130 KASSIA KELLY ARAUJO FIGUEREDO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	46,37	
19998	INSS	7.5 %		3,47
			46,37	3,47
			Líquido.....:	42,90

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	46,37	46,37	3,71	42,90

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: KATYE LOPES BARBOSA
CPF: 282.779.881-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.881-8
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.529,74

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.216.7D8.D9D.2E8.AF2

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

53 KATYE LOPES BARBOSA (COORDENADOR(A) OPERA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.214,00	
10005	TRIENIO	1	96,42	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	9.74 %		398,93
19999	IRRF	15.0 %		164,35
			4.093,02	563,28
			Líquido.....:	3.529,74

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.214,00	4.093,02	4.093,02	327,44	3.565,02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO

53 KATYE LOPES BARBOSA (COORDENADOR(A) OPERA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.214,00	
10005	TRIENIO	1	96,42	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	9.74 %		398,93
19999	IRRF	15.0 %		164,35
			4.093,02	563,28
			Líquido.....:	3.529,74

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.214,00	4.093,02	4.093,02	327,44	3.565,02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: LAYENNA S R NUNES
CPF: 025.957.441-43
AGENCIA: 1303-X - ALVORADA-TO TO
CONTA: 24.021-4
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.442,94

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.B9E.C88.832.58A.5D7

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

106 LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	4	800,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	110,00	
19998	INSS	7.88 %		140,72
			2.583,66	140,72
			Líquido.....:	2.442,94

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.783,66	1.783,66	142,69	1.255,66

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

____/____/____ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

106 LAYENNA SAVYA RIBEIRO NUNES (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	4	800,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	110,00	
19998	INSS	7.88 %		140,72
			2.583,66	140,72
			Líquido.....:	2.442,94

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.783,66	1.783,66	142,69	1.255,66

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

____/____/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: LEILA MOREIRA PIRES
CPF: 044.070.931-88
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.462-1
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.699,30

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.4D1.4E0.275.2C1.696

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: GERAL

120 LEILA MOREIRA PIRES (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

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

Julho/2023
Departamento: GERAL

120 LEILA MOREIRA PIRES (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: LUCIVANIA CARDOSO DA SILV
CPF: 050.344.671-86
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.883-4
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.689,11

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.0A6.EAE.28D.31D.59E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

80 LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	26 Dias	1.205,59	
10141	LICENÇA MÉDICA	4 Dias	185,47	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	160,74	
19998	INSS	7.92 %		145,29
			1.834,40	145,29
			Líquido.....:	1.689,11

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.834,40	1.834,40	146,75	1.306,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM

80 LUCIVANIA CARDOSO DA SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	26 Dias	1.205,59	
10141	LICENÇA MÉDICA	4 Dias	185,47	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	160,74	
19998	INSS	7.92 %		145,29
			1.834,40	145,29
			Líquido.....:	1.689,11

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.834,40	1.834,40	146,75	1.306,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3312510507813081
25/10/2023 10:55:13

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 -      AUTOATENDIMENTO       - 10.55.13
3648X03648          SEGUNDA VIA                0003
            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: 853.686.234-1

FAVORECIDO:  LUDIMILA APARECIDA DE LUCENA COSTA
CPF/CNPJ:     042.528.261-95
VALOR: R$                                2.208,90
DEBITO EM: 08/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 090801
AUTENTICACAO SISBB:         B.1FF.001.06A.513.1E4
```

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: COZINHA

129 LUDIMILA APARECIDA DE LUCENA COSTA (COZINHEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		710,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.17 %		196,70
			2.405,60	196,70
			Líquido.....:	2.208,90

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.405,60	2.405,60	192,45	1.877,60

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

Julho/2023
Departamento: COZINHA

129 LUDIMILA APARECIDA DE LUCENA COSTA (COZINHEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		710,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.17 %		196,70
			2.405,60	196,70
			Líquido.....:	2.208,90

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.405,60	2.405,60	192,45	1.877,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.155,76

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.485.6D3.C64.16D.945

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: RADIOLOGIA

100 LUZINETE MORAIS TOLENTINO (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	65,20	
19998	INSS	8.15 %		191,44
			2.347,20	191,44
			Líquido.....:	2.155,76

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.347,20	2.347,20	187,78	1.776,58

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

Julho/2023
Departamento: RADIOLOGIA

100 LUZINETE MORAIS TOLENTINO (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	65,20	
19998	INSS	8.15 %		191,44
			2.347,20	191,44
			Líquido.....:	2.155,76

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.347,20	2.347,20	187,78	1.776,58

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: MAGDELAINE AQUINO SILVA
CPF: 025.093.011-01
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 12.641-1
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.722,96

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.BED.461.90A.9D2.6A8

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

75 MAGDELAINE AQUINO DA SILVA (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

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

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

75 MAGDELAINE AQUINO DA SILVA (RECEPCIONISTA)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO VIEIRA GON
CPF: 347.149.871-00
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.885-0
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.691,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.C57.CE4.1A7.AFB.DDB

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: RADIOLOGIA

17 MARCOS ANTONIO VIEIRA GONÇALVES (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.908,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	9.97 %		431,52
19999	IRRF	22.5 %		202,78
			4.325,83	634,30
			Líquido.....:	3.691,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	4.325,83	4.325,83	346,07	3.797,83

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

Julho/2023
Departamento: RADIOLOGIA

17 MARCOS ANTONIO VIEIRA GONÇALVES (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.908,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	9.97 %		431,52
19999	IRRF	22.5 %		202,78
			4.325,83	634,30
			Líquido.....:	3.691,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	4.325,83	4.325,83	346,07	3.797,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: MARIA JOSE P V SALES
CPF: 607.290.821-72
AGENCIA: 3656-0 - AVENIDA T-7 GO
CONTA: 30.189-2
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.412,75

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.1B1.172.235.EDA.D8D

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

40 MARIA JOSE PEREIRA VIDAL SALES (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	5	900,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	7	25,29	
19998	INSS	9.56 %		375,86
19999	IRRF	15.0 %		139,64
			3.928,25	515,50
			Líquido.....:	3.412,75

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.928,25	3.928,25	314,26	3.400,25

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

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

40 MARIA JOSE PEREIRA VIDAL SALES (ENFERMEIRO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.659,18	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	5	900,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	7	25,29	
19998	INSS	9.56 %		375,86
19999	IRRF	15.0 %		139,64
			3.928,25	515,50
			Líquido.....:	3.412,75

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.928,25	3.928,25	314,26	3.400,25

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.580,81

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.A37.A93.E27.24A.A34

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

19 MARIVANE GOMES DE ALMEIDA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.715,39	134,58
			Líquido.....:	1.580,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

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

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

19 MARIVANE GOMES DE ALMEIDA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.715,39	134,58
			Líquido.....:	1.580,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.942,84

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.2BE.A94.D66.C43.4C5

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

104 MILENA ALEXANDRE SIMONI (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	400,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.81 %		130,82
			2.073,66	130,82
			Líquido.....:	1.942,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.673,66	1.673,66	133,89	1.145,66

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

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

104 MILENA ALEXANDRE SIMONI (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	2	400,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.81 %		130,82
			2.073,66	130,82
			Líquido.....:	1.942,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.673,66	1.673,66	133,89	1.145,66

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

__/__/____ Data

_____ Assinatura

```
08/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    10:54:46
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                  08/09/2023
NR. DOCUMENTO                550.757.000.022.889
VALOR TOTAL                                1.699,30
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: NAYHARA MARY DE OLIVEIRA
AGENCIA: 0757-9          CONTA:          22.889-3
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO           D.19D.188.CAA.E18.447
```

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: GERAL

64 NAYHARA MARY DE OLIVEIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.845,60	
19998	INSS	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: GERAL

64 NAYHARA MARY DE OLIVEIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.845,60	
19998	INSS	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

```
08/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    10:54:46
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                   08/09/2023
NR. DOCUMENTO                  170.757.510.014.817
VALOR TOTAL                               2.199,80
******  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             2.2AB.75B.702.6CB.499
    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

Julho/2023
Departamento: GERAL

128 RAIMUNDA APARECIDA CARVALHO MENEZES (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		700,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.17 %		195,80
			2.395,60	195,80
			Líquido.....:	2.199,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.395,60	2.395,60	191,65	1.867,60

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

Julho/2023
Departamento: GERAL

128 RAIMUNDA APARECIDA CARVALHO MENEZES (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10011	GRATIFICACAO		700,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.17 %		195,80
			2.395,60	195,80
			Líquido.....:	2.199,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.395,60	2.395,60	191,65	1.867,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: RENATO MACEDO CRUZ
CPF: 012.998.971-18
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.039-1
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.220,03

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.3DF.255.9A1.B10.D83

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

48 RENATO MACEDO CRUZ (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.18 %		197,80
			2.417,83	197,80
			Líquido.....:	2.220,03

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.417,83	2.417,83	193,43	1.889,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

48 RENATO MACEDO CRUZ (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.18 %		197,80
			2.417,83	197,80
			Líquido.....:	2.220,03

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.417,83	2.417,83	193,43	1.889,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.699,30

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.ED8.D65.1A2.E6E.F4E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: GERAL

90 RITA NEVES AZEVEDO (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

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

Julho/2023
Departamento: GERAL

90 RITA NEVES AZEVEDO (AUXILIAR DE SERVIÇOS)

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.532,64

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.048.68A.B9B.000.AB6

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

70 ROSILENE SALES DA SILVA (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		350,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.49 %		235,19
			2.767,83	235,19
			Líquido.....:	2.532,64

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.767,83	2.767,83	221,43	2.239,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Julho/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA

70 ROSILENE SALES DA SILVA (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		350,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.49 %		235,19
			2.767,83	235,19
			Líquido.....:	2.532,64

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.767,83	2.767,83	221,43	2.239,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.195,31

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: C.511.9E2.373.39C.FCF

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: RADIOLOGIA

124 SANAEH VALE DOS REIS (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.17 %		195,36
			2.390,67	195,36
			Líquido.....:	2.195,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.390,67	2.390,67	191,25	1.862,67

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

Julho/2023
Departamento: RADIOLOGIA

124 SANAEH VALE DOS REIS (TECNICO(A) DE RADIOL)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.17 %		195,36
			2.390,67	195,36
			Líquido.....:	2.195,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.390,67	2.390,67	191,25	1.862,67

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: SARA ANUNCIAÇAO SILVA
CPF: 051.429.691-70
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.891-5
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.727,08

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.C04.9B2.2C6.8E5.96F

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

68 SARA ANUNCIACAO SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	160,74	
19998	INSS	7.94 %		149,05
			1.876,13	149,05
			Líquido.....:	1.727,08

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.876,13	1.876,13	150,09	1.348,13

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

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

68 SARA ANUNCIACAO SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	91	160,74	
19998	INSS	7.94 %		149,05
			1.876,13	149,05
			Líquido.....:	1.727,08

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.876,13	1.876,13	150,09	1.348,13

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 43,46

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.699.716.08B.41F.927

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	46,37	
10005	TRIENIO	1	1,39	
19998	INSS	9.0 %		4,30
			47,76	4,30
			Líquido.....:	43,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	47,76	47,76	3,82	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

Julho/2023
Departamento: ENFERMAGEM

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM)

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	46,37	
10005	TRIENIO	1	1,39	
19998	INSS	9.0 %		4,30
			47,76	4,30
			Líquido.....:	43,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	47,76	47,76	3,82	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: VALDEMIR ROCHA RODRIGUES
CPF: 769.489.511-04
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.041-3
DATA DE PAGAMENTO: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.936,85

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.F5D.9DF.1B9.335.678

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA
27.949.878/0002-05

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

31 VALDEMIR ROCHA RODRIGUES (RECEPCIONISTA)

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	191,87	
19998	INSS	8.05 %		169,79
			2.106,64	169,79
			Líquido.....:	1.936,85

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.106,64	2.106,64	168,53	1.578,64

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

Julho/2023
Departamento: RECEPÇÃO

31 VALDEMIR ROCHA RODRIGUES (RECEPCIONISTA)

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	191,87	
19998	INSS	8.05 %		169,79
			2.106,64	169,79
			Líquido.....:	1.936,85

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.106,64	2.106,64	168,53	1.578,64

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

Julho/2023
Departamento: FARMACIA

114 VANESSA PEREIRA SALES (FARMACEUTICO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		500,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.61 %		246,73
19999	IRRF	7.5 %		16,80
			2.906,00	263,53
			Líquido.....:	2.642,47

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.864,00	2.864,00	229,12	2.336,00

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

Julho/2023
Departamento: FARMACIA

114 VANESSA PEREIRA SALES (FARMACEUTICO(A))

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	2.100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		500,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.61 %		246,73
19999	IRRF	7.5 %		16,80
			2.906,00	263,53
			Líquido.....:	2.642,47

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.864,00	2.864,00	229,12	2.336,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 10:33:49
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: 08/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.642,47

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.2D0.652.FB2.B0A.37D

AGOSTO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ADOLFO FERNANDES DA SILVA
CPF: 034.524.381-12
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.822-2
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.125,29

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.089.AB3.DD0.EC2.7DD

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	48,96	
10011	GRATIFICACAO		350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.14 %		188,43
			2.313,72	188,43
			Líquido.....:	2.125,29

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	2.313,72	2.313,72	185,10	1.785,72

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

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	48,96	
10011	GRATIFICACAO		350,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.14 %		188,43
			2.313,72	188,43
			Líquido.....:	2.125,29

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.632,16	2.313,72	2.313,72	185,10	1.785,72

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

_____

Data

____/____/____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ALCILENE DOS SANTOS CARVA
CPF: 016.878.291-01
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.823-0
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.915,19

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.0D3.BC2.3E0.D88.F7B

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	220,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	119	189,18	
19998	INSS	8.04 %		167,65
			2.082,84	167,65
			Líquido.....:	1.915,19

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	2.082,84	2.082,84	166,63	1.536,01

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

Agosto/2023
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	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	220,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	119	189,18	
19998	INSS	8.04 %		167,65
			2.082,84	167,65
			Líquido.....:	1.915,19

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	2.082,84	2.082,84	166,63	1.536,01

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANA BEATRIZ ALVES DA SILV
CPF: 626.452.633-99
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.455-9
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.722,96

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.0B8.CAC.6CD.2C3.FB7

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2022

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

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

Agosto/2023
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/12/2022

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANA CLARA VIANA DANTAS PI
CPF: 704.274.391-16
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.456-7
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.262,04

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.49B.E5A.9EB.5DB.AE3

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.19 %		201,96
			2.464,00	201,96
			Líquido.....:	2.262,04

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.200,00	2.464,00	2.464,00	197,12	1.936,00

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.19 %		201,96
			2.464,00	201,96
			Líquido.....:	2.262,04

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.200,00	2.464,00	2.464,00	197,12	1.936,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANA ELISA MATIOLI DA SILV
CPF: 008.492.582-51
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.037-5
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.496,71

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.7C2.A95.6EE.E48.918

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023 — 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	
10005	TRIENIO	1	63,00	
10011	GRATIFICACAO		300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.44 %		230,29
			2.727,00	230,29
			Líquido.....:	2.496,71

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.727,00	2.727,00	218,16	2.199,00

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023 — 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	
10005	TRIENIO	1	63,00	
10011	GRATIFICACAO		300,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.44 %		230,29
			2.727,00	230,29
			Líquido.....:	2.496,71

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.727,00	2.727,00	218,16	2.199,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ANGELICA PEDATELLA MIRANDA
CPF: 014.798.311-82
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 4.842-9
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.699,00

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.265.A58.137.B64.FDD

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/07/2022

27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

113 ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA (GERENTE ADMINISTRATI) - CPF: 014.798.311-82

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	4.337,60	
19998	INSS	9.98 %		433,17
19999	IRRF	22.5 %		205,43
			4.337,60	638,60
			Líquido.....:	3.699,00

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.055,00	4.337,60	4.337,60	347,01	3.809,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / Data

Recibo de Pagamento de Salário

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/07/2022

27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO

AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

113 ANGELICA PEDATELLA MIRANDA SA (GERENTE ADMINISTRATI) - CPF: 014.798.311-82

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	4.337,60	
19998	INSS	9.98 %		433,17
19999	IRRF	22.5 %		205,43
			4.337,60	638,60
			Líquido.....:	3.699,00

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
4.055,00	4.337,60	4.337,60	347,01	3.809,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.762,25

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.BFE.502.96B.ED0.0CA

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/08/2019

49 ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA (RECEPCIONISTA) - 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		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			1.914,77	152,52
			Líquido.....:	1.762,25

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.914,77	1.914,77	153,18	1.386,77

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/08/2019

49 ARIANE OLIVEIRA DA CUNHA (RECEPCIONISTA) - 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		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			1.914,77	152,52
			Líquido.....:	1.762,25

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.914,77	1.914,77	153,18	1.386,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: BRIGIDA MARIA FERREIRA SO
CPF: 921.939.431-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.826-5
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 43,46

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.BEC.D39.621.39E.502

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	1 Dia	46,37	
10005	TRIENIO	1	1,39	
19998	INSS	9.0 %		4,30
			47,76	4,30
			Líquido.....:	43,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	47,76	47,76	3,82	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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	1 Dia	46,37	
10005	TRIENIO	1	1,39	
19998	INSS	9.0 %		4,30
			47,76	4,30
			Líquido.....:	43,46

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	47,76	47,76	3,82	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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	84	148,38	
19998	INSS	7.91 %		144,18
			1.822,04	144,18
			Líquido.....:	1.677,86

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.822,04	1.822,04	145,76	1.294,04

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

Agosto/2023
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	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	84	148,38	
19998	INSS	7.91 %		144,18
			1.822,04	144,18
			Líquido.....:	1.677,86

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.822,04	1.822,04	145,76	1.294,04

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

_____ Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.677,86

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.160.0F0.571.5C1.B20

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: CARLOS BONFIM SOUZA OLIVE
CPF: 064.208.911-67
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.828-1
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.660,03

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.EB1.0EC.7FC.CD0.507

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023 — Adm: 30/03/2020
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

59 CARLOS BONFIM SOUZA OLIVEIRA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 064.208.911-67

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		1.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.7 %		255,61
19999	IRRF	7.5 %		22,35
			2.937,99	277,96
			Líquido.....:	2.660,03

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.937,99	2.937,99	235,04	2.409,99

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

Agosto/2023 — Adm: 30/03/2020
Departamento: ADMINISTRAÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

59 CARLOS BONFIM SOUZA OLIVEIRA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 064.208.911-67

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		1.200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.7 %		255,61
19999	IRRF	7.5 %		22,35
			2.937,99	277,96
			Líquido.....:	2.660,03

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.937,99	2.937,99	235,04	2.409,99

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

Agosto/2023
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		264,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	379,38	
19998	INSS	9.06 %		299,36
19999	IRRF	7.5 %		38,40
			3.302,56	337,76
			Líquido.....:	2.964,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.302,56	3.302,56	264,20	2.624,02

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

Agosto/2023
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		264,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	379,38	
19998	INSS	9.06 %		299,36
19999	IRRF	7.5 %		38,40
			3.302,56	337,76
			Líquido.....:	2.964,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.302,56	3.302,56	264,20	2.624,02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: CARULINI SOUSA DE OLIVEIR
CPF: 021.215.081-20
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.457-5
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.964,80

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.F35.315.DC6.7D4.5A0

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: CLAUDENICE SANTOS SILVA
CPF: 945.560.911-87
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.829-X
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.562,80

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.288.FE9.D20.F5A.3E7

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
Departamento: FARMACIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 03/02/2022

105 CLAUDENICE SANTOS SILVA (AUXILIAR DE FARMACIA) - CPF: 945.560.911-87

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.83 %		132,80
			1.695,60	132,80
			Líquido.....:	1.562,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.695,60	1.695,60	135,65	1.167,60

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

Agosto/2023
Departamento: FARMACIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 03/02/2022

105 CLAUDENICE SANTOS SILVA (AUXILIAR DE FARMACIA) - CPF: 945.560.911-87

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.83 %		132,80
			1.695,60	132,80
			Líquido.....:	1.562,80

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.695,60	1.695,60	135,65	1.167,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: DANIEL ERICK DE LIMA AMAN
CPF: 045.848.761-93
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.830-3
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.925,21

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.4D9.52D.38D.D84.36D

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	98	179,08	
19998	INSS	8.05 %		168,64
			2.093,85	168,64
			Líquido.....:	1.925,21

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.093,85	2.093,85	167,51	1.565,85

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

Agosto/2023
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	98	179,08	
19998	INSS	8.05 %		168,64
			2.093,85	168,64
			Líquido.....:	1.925,21

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	2.093,85	2.093,85	167,51	1.565,85

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

_____ Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: DHANDARA OHANNA RODRIGUES
CPF: 017.759.061-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.849-4
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.175,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 5.BD4.7E0.0A0.4B6.BC7

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/11/2021

99 DHANDARA OHANNA RODRIGUES COSTA OLIVEIRA (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 017.759.061-08

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.16 %		193,40
			2.368,93	193,40
			Líquido.....:	2.175,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.368,93	2.368,93	189,51	1.840,93

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
Departamento: RADIOLOGIA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 01/11/2021

99 DHANDARA OHANNA RODRIGUES COSTA OLIVEIRA (TECNICO(A) DE RADIOL) - CPF: 017.759.061-08

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.630,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.16 %		193,40
			2.368,93	193,40
			Líquido.....:	2.175,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.368,93	2.368,93	189,51	1.840,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: DIESSYCA JORDANY SOUZA SI
CPF: 049.446.851-30
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.850-8
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.712,33

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.715.3A6.798.A6E.CCA

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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		264,00	
19998	INSS	8.77 %		263,41
19999	IRRF	7.5 %		27,22
			3.002,96	290,63
			Líquido.....:	2.712,33

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.002,96	3.002,96	240,24	2.474,96

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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		264,00	
19998	INSS	8.77 %		263,41
19999	IRRF	7.5 %		27,22
			3.002,96	290,63
			Líquido.....:	2.712,33

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.002,96	3.002,96	240,24	2.474,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:47
3648003648

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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.167,13

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.928.2C8.2FA.479.2D2

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	1	150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	360,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	101,17	
19998	INSS	9.13 %		309,17
19999	IRRF	15.0 %		58,05
			3.534,35	367,22
			Líquido.....:	3.167,13

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.384,35	3.384,35	270,75	2.856,35

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	1	150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	360,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	101,17	
19998	INSS	9.13 %		309,17
19999	IRRF	15.0 %		58,05
			3.534,35	367,22
			Líquido.....:	3.167,13

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.384,35	3.384,35	270,75	2.856,35

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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 ARAGUAIA GO
CONTA: 22.851-6
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.712,33

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: E.2BB.6F7.A40.D78.5CB

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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		264,00	
19998	INSS	8.77 %		263,41
19999	IRRF	7.5 %		27,22
			3.002,96	290,63
			Líquido.....:	2.712,33

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.002,96	3.002,96	240,24	2.474,96

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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		264,00	
19998	INSS	8.77 %		263,41
19999	IRRF	7.5 %		27,22
			3.002,96	290,63
			Líquido.....:	2.712,33

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.002,96	3.002,96	240,24	2.474,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.520,82

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.C62.A7A.ADF.13A.F7F

Recibo de Pagamento de Salário

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

Agosto/2023
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
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.583,73	
10081	SALARIO FAMILIA	1	59,82	
19998	INSS	7.74 %		122,73
			1.643,55	122,73
			Líquido.....:	1.520,82

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.583,73	1.583,73	126,70	1.115,55

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

Recibo de Pagamento de Salário

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

Agosto/2023
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
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.583,73	
10081	SALARIO FAMILIA	1	59,82	
19998	INSS	7.74 %		122,73
			1.643,55	122,73
			Líquido.....:	1.520,82

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.583,73	1.583,73	126,70	1.115,55

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.704,58

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.28A.4F9.5C6.6EB.004

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	5	1.000,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	77	136,01	
19998	INSS	7.93 %		146,82
			2.851,40	146,82
			Líquido.....:	2.704,58

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.851,40	1.851,40	148,11	1.323,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	5	1.000,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	77	136,01	
19998	INSS	7.93 %		146,82
			2.851,40	146,82
			Líquido.....:	2.704,58

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.851,40	1.851,40	148,11	1.323,40

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.001,51

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.FE9.43E.187.404.CEA

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	360,00	
19998	INSS	9.11 %		306,61
19999	IRRF	15.0 %		54,84
			3.362,96	361,45
			Líquido.....:	3.001,51

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.362,96	3.362,96	269,04	2.834,96

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	360,00	
19998	INSS	9.11 %		306,61
19999	IRRF	15.0 %		54,84
			3.362,96	361,45
			Líquido.....:	3.001,51

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.362,96	3.362,96	269,04	2.834,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FLAVIA VANESSA BARBOSA FA
CPF: 918.150.961-87
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.038-3
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.074,22

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.A47.F95.523.671.2E1

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/07/2021
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

91 FLAVIA VANESSA BARBOSA FARIA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 918.150.961-87

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10011	GRATIFICACAO		475,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.12 %		183,38
			2.257,60	183,38
			Líquido.....:	2.074,22

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.257,60	2.257,60	180,61	1.729,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/07/2021
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

91 FLAVIA VANESSA BARBOSA FARIA (AUXILIAR ADMINISTRAT) - CPF: 918.150.961-87

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10011	GRATIFICACAO		475,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.12 %		183,38
			2.257,60	183,38
			Líquido.....:	2.074,22

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.257,60	2.257,60	180,61	1.729,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FLAVIANE APARECIDA SOUSA
CPF: 060.360.011-50
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.855-9
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.920,75

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.10B.435.BFA.EDC.1C9

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 17/06/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	112	200,96	
19998	INSS	8.05 %		168,20
			2.088,95	168,20
			Líquido.....:	1.920,75

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.088,95	2.088,95	167,12	1.560,95

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 17/06/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	112	200,96	
19998	INSS	8.05 %		168,20
			2.088,95	168,20
			Líquido.....:	1.920,75

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.088,95	2.088,95	167,12	1.560,95

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FRANCILENE MENDES SILVA
CPF: 051.135.891-10
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 20.585-0
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.699,30

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.8FF.04E.8D9.54A.345

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 04/05/2022
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 04/05/2022
27.949.878/0002-05 — Departamento: GERAL
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FRANCISCA KATIA B DE ARAU
CPF: 019.531.221-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.856-7
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.738,34

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.F76.2BA.304.3BA.CFE

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	173,11	
19998	INSS	7.95 %		150,16
			1.888,50	150,16
			Líquido.....:	1.738,34

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.888,50	1.888,50	151,08	1.360,50

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	173,11	
19998	INSS	7.95 %		150,16
			1.888,50	150,16
			Líquido.....:	1.738,34

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.888,50	1.888,50	151,08	1.360,50

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.228,92

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.EF1.63D.6C7.0DF.EFE

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 07/02/2019
27.949.878/0002-05 — Departamento: ULTRASSONOGRAFIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10005	TRIENIO	1	45,00	
10011	GRATIFICACAO		600,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.18 %		198,68
			2.427,60	198,68
			Líquido.....:	2.228,92

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.427,60	2.427,60	194,21	1.899,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 07/02/2019
27.949.878/0002-05 — Departamento: ULTRASSONOGRAFIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.500,00	
10005	TRIENIO	1	45,00	
10011	GRATIFICACAO		600,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	8.18 %		198,68
			2.427,60	198,68
			Líquido.....:	2.228,92

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.500,00	2.427,60	2.427,60	194,21	1.899,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: GONÇALA DE JESUS MOURAO
CPF: 033.396.221-40
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.876-1
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.897,89

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: B.E22.C0A.838.854.82D

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

12 GONÇALA DE JESUS MOURÃO (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 033.396.221-40

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	175,84	
19998	INSS	8.04 %		165,94
			2.063,83	165,94
			Líquido.....:	1.897,89

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.063,83	2.063,83	165,11	1.535,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

12 GONÇALA DE JESUS MOURÃO (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 033.396.221-40

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.413,00	
10005	TRIENIO	1	42,39	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	175,84	
19998	INSS	8.04 %		165,94
			2.063,83	165,94
			Líquido.....:	1.897,89

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	2.063,83	2.063,83	165,11	1.535,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.
Assinatura
/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: IRIS RAIMUNDO DE BORBA JU
CPF: 880.890.611-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.212-2
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 63,45

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: E.58F.901.EFE.8F3.6F9

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: FARMACIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	70,00	
10005	TRIENIO	1	2,10	
19998	INSS	11.99 %		8,65
			72,10	8,65
			Líquido.....:	63,45

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	72,10	72,10	5,77	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/____ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: FARMACIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	1 Dia	70,00	
10005	TRIENIO	1	2,10	
19998	INSS	11.99 %		8,65
			72,10	8,65
			Líquido.....:	63,45

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	72,10	72,10	5,77	0,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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 GO
CONTA: 23.458-3
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.949,59

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.879.F77.BD2.4DB.5D1

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 15/04/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO		200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	185,47	
19998	INSS	7.95 %		151,27
			2.100,86	151,27
			Líquido.....:	1.949,59

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.900,86	1.900,86	152,07	1.372,86

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 15/04/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO		200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	185,47	
19998	INSS	7.95 %		151,27
			2.100,86	151,27
			Líquido.....:	1.949,59

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.900,86	1.900,86	152,07	1.372,86

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: JAKELINE G MARIANO SILVA
CPF: 705.553.711-82
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 19.158-2
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.648,11

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 8.BCB.064.1C0.631.1E4

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.68 %		253,83
19999	IRRF	7.5 %		21,24
			2.923,18	275,07
			Líquido.....:	2.648,11

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.923,18	2.923,18	233,85	2.395,18

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

Agosto/2023
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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
19998	INSS	8.68 %		253,83
19999	IRRF	7.5 %		21,24
			2.923,18	275,07
			Líquido.....:	2.648,11

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	2.923,18	2.923,18	233,85	2.395,18

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

____/____/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.780,81

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.E6D.E68.ECF.CB7.29E

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 14/02/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.915,39	134,58
			Líquido.....:	1.780,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 14/02/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	1	200,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.915,39	134,58
			Líquido.....:	1.780,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTOATENDIMENTO - 11.19.50
3648X03648 SEGUNDA VIA 0004

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$ 2.175,53
DEBITO EM: 28/09/2023

==========

DOCUMENTO: 092801
AUTENTICACAO SISBB: E.9F0.4E2.FF7.E0B.DDC

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.16 %		193,40
			2.368,93	193,40
			Líquido.....:	2.175,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.368,93	2.368,93	189,51	1.840,93

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

Agosto/2023
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		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.16 %		193,40
			2.368,93	193,40
			Líquido.....:	2.175,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.368,93	2.368,93	189,51	1.840,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

____/____/____ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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: 22.878-8
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 5.162,24

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 6.31B.E30.989.AD7.EC8

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 02/04/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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	18	3.400,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			5.314,76	152,52
			Líquido.....:	5.162,24

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	1.386,76

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 02/04/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ADMINISTRAÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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	18	3.400,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			5.314,76	152,52
			Líquido.....:	5.162,24

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	1.386,76

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: JOSELITO CARVALHO DOS REI
CPF: 336.963.301-91
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.880-X
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 7.722,01

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 5.081.2F2.780.6E4.742

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023 — 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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	11.68 %		876,95
19999	IRRF	27.5 %		1.708,40
			10.307,36	2.585,35
			Líquido.....:	7.722,01

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
10.024,76	7.507,49	10.307,36	824,59	9.430,41

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

Agosto/2023 — 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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	11.68 %		876,95
19999	IRRF	27.5 %		1.708,40
			10.307,36	2.585,35
			Líquido.....:	7.722,01

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
10.024,76	7.507,49	10.307,36	824,59	9.430,41

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 4.410,55

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.BE9.728.DC2.5D1.404

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	
10012	HORA EXTRA (50%)	3.0	95,19	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.650,00	
19998	INSS	10.72 %		569,19
19999	IRRF	22.5 %		329,45
			5.309,19	898,64
			Líquido.....:	4.410,55

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.300,00	5.309,19	5.309,19	424,74	4.360,82

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

Agosto/2023
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	
10012	HORA EXTRA (50%)	3.0	95,19	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.650,00	
19998	INSS	10.72 %		569,19
19999	IRRF	22.5 %		329,45
			5.309,19	898,64
			Líquido.....:	4.410,55

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.300,00	5.309,19	5.309,19	424,74	4.360,82

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTOATENDIMENTO - 11.19.46
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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: 44.186.396-3

FAVORECIDO: KAIKY GABRIEL AGUIAR FONSECA
CPF/CNPJ: 086.191.541-09
VALOR: R$ 1.438,04
DEBITO EM: 27/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092707
AUTENTICACAO SISBB: A.6CD.950.F75.2AB.174

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	13 Dias	623,57	
10011	GRATIFICACAO		550,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	56	102,33	
19998	INSS	7.72 %		120,46
			1.558,50	120,46
			Líquido.....:	1.438,04

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.558,50	1.558,50	124,68	1.438,04

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

Agosto/2023
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	13 Dias	623,57	
10011	GRATIFICACAO		550,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	56	102,33	
19998	INSS	7.72 %		120,46
			1.558,50	120,46
			Líquido.....:	1.438,04

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.558,50	1.558,50	124,68	1.438,04

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___
Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:48
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: KARLA SERENA RODRIGUES AB
CPF: 034.361.931-86
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.461-3
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.722,96

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 4.520.0FE.184.D11.135

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	360,00	
19998	INSS	9.11 %		306,61
19999	IRRF	15.0 %		54,84
			3.362,96	361,45
			Líquido.....:	3.001,51

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.362,96	3.362,96	269,04	2.834,96

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	79,78	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	2	360,00	
19998	INSS	9.11 %		306,61
19999	IRRF	15.0 %		54,84
			3.362,96	361,45
			Líquido.....:	3.001,51

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.659,18	3.362,96	3.362,96	269,04	2.834,96

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/12/2022
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

117 KARLA SERENA RODRIGUES ABREU (RECEPCIONISTA) - CPF: 034.361.931-86

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

_____ Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/12/2022
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

117 KARLA SERENA RODRIGUES ABREU (RECEPCIONISTA) - CPF: 034.361.931-86

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.439,00	
10011	GRATIFICACAO		150,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.94 %		148,64
			1.871,60	148,64
			Líquido.....:	1.722,96

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.871,60	1.871,60	149,73	1.343,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

_____ Assinatura

__/__/__ Data

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3372511369813181
25/10/2023 11:39:43

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 -     AUTOATENDIMENTO      - 11.39.43
3648X03648          SEGUNDA VIA              0005
            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$                                1.800,47
DEBITO EM: 27/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 092702
AUTENTICACAO SISBB:        D.7D1.6C6.C04.E0F.BD4
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 31/07/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	110,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	173,11	
19998	INSS	7.98 %		156,30
			1.956,77	156,30
			Líquido.....:	1.800,47

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.956,77	1.956,77	156,54	1.800,47

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 31/07/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20020	PLANTÃO(ÕES)	1	110,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	98	173,11	
19998	INSS	7.98 %		156,30
			1.956,77	156,30
			Líquido.....:	1.800,47

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.956,77	1.956,77	156,54	1.800,47

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 13/01/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

53 KATYE LOPES BARBOSA (COORDENADOR(A) OPERA) - CPF: 282.779.881-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.214,00	
10005	TRIENIO	1	96,42	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	9.74 %		398,93
19999	IRRF	15.0 %		164,35
			4.093,02	563,28
			Líquido.....:	3.529,74

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.214,00	4.093,02	4.093,02	327,44	3.565,02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 13/01/2020
27.949.878/0002-05 — Departamento: RECEPÇÃO
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

53 KATYE LOPES BARBOSA (COORDENADOR(A) OPERA) - CPF: 282.779.881-68

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	3.214,00	
10005	TRIENIO	1	96,42	
10011	GRATIFICACAO		500,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	9.74 %		398,93
19999	IRRF	15.0 %		164,35
			4.093,02	563,28
			Líquido.....:	3.529,74

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
3.214,00	4.093,02	4.093,02	327,44	3.565,02

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: KATYE LOPES BARBOSA
CPF: 282.779.881-68
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.881-8
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.529,74

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.D94.047.A14.59B.1BF

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: LAYENNA S R NUNES
CPF: 025.957.441-43
AGENCIA: 1303-X - ALVORADA-TO TO
CONTA: 24.021-4
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.542,84

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.D17.100.26B.801.99B

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	6	1.000,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.81 %		130,82
			2.673,66	130,82
			Líquido.....:	2.542,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.673,66	1.673,66	133,89	1.145,66

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

Agosto/2023
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
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	6	1.000,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.81 %		130,82
			2.673,66	130,82
			Líquido.....:	2.542,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.673,66	1.673,66	133,89	1.145,66

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

____/____/____ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: LEILA MOREIRA PIRES
CPF: 044.070.931-88
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 23.462-1
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.699,30

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.442.081.89E.030.B33

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 25/01/2023

120 LEILA MOREIRA PIRES (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 044.070.931-88

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 25/01/2023

120 LEILA MOREIRA PIRES (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 044.070.931-88

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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

_____

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: LUCIVANIA CARDOSO DA SILV
CPF: 050.344.671-86
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.883-4
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.711,61

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 9.949.47B.3E8.862.557

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	185,47	
19998	INSS	7.93 %		147,52
			1.859,13	147,52
			Líquido.....:	1.711,61

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.859,13	1.859,13	148,73	1.331,13

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

Agosto/2023
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	1.391,06	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	105	185,47	
19998	INSS	7.93 %		147,52
			1.859,13	147,52
			Líquido.....:	1.711,61

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.859,13	1.859,13	148,73	1.331,13

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.195,31

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: [illegible].A8B.A73.5CD

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/11/2021
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.17 %		195,36
			2.390,67	195,36
			Líquido.....:	2.195,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.390,67	2.390,67	191,25	1.816,13

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/11/2021
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.17 %		195,36
			2.390,67	195,36
			Líquido.....:	2.195,31

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.390,67	2.390,67	191,25	1.816,13

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: MAGDELAINE AQUINO SILVA
CPF: 025.093.011-01
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 12.641-1
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.762,25

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.4C5.C3D.2C7.951.9E5

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 10/08/2020

75 MAGDELAINE AQUINO DA SILVA (RECEPCIONISTA) - CPF: 025.093.011-01

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	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			1.914,77	152,52
			Líquido.....:	1.762,25

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.914,77	1.914,77	153,18	1.386,77

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
Departamento: RECEPÇÃO
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 10/08/2020

75 MAGDELAINE AQUINO DA SILVA (RECEPCIONISTA) - CPF: 025.093.011-01

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	
19998	INSS	7.96 %		152,52
			1.914,77	152,52
			Líquido.....:	1.762,25

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.439,00	1.914,77	1.914,77	153,18	1.386,77

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO VIEIRA GON
CPF: 347.149.871-00
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.885-0
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.691,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 3.1B0.84F.5DB.527.AD7

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.908,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	9.97 %		431,52
19999	IRRF	22.5 %		202,78
			4.325,83	634,30
			Líquido.....:	3.691,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	4.325,83	4.325,83	346,07	3.797,83

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

Agosto/2023
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	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		1.908,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	9.97 %		431,52
19999	IRRF	22.5 %		202,78
			4.325,83	634,30
			Líquido.....:	3.691,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	4.325,83	4.325,83	346,07	3.797,83

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

___/___/___ Data

_____ Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: MARIA JOSE P V SALES
CPF: 607.290.821-72
AGENCIA: 3656-0 - AVENIDA T-7 GO
CONTA: 30.189-2
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.001,51

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: D.5D9.DE8.210.97D.A11

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.580,81

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 5.D3F.4AE.0EB.454.101

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.715,39	134,58
			Líquido.....:	1.580,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/10/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

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

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			1.715,39	134,58
			Líquido.....:	1.580,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.342,84

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 0.C24.908.535.DCA.4BD

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	4	800,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.81 %		130,82
			2.473,66	130,82
			Líquido.....:	2.342,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.673,66	1.673,66	133,89	1.145,66

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

Agosto/2023
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	1.391,06	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	4	800,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.81 %		130,82
			2.473,66	130,82
			Líquido.....:	2.342,84

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.673,66	1.673,66	133,89	1.145,66

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: NAYHARA MARY DE OLIVEIRA
CPF: 005.641.071-90
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.889-3
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.699,30

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.FDF.FBE.61A.2CE.9B5

Recibo de Pagamento de Salário

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

Agosto/2023
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 17/06/2020

64 NAYHARA MARY DE OLIVEIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 005.641.071-90

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.845,60	
19998	INSS	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

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

Agosto/2023
Departamento: GERAL
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 17/06/2020

64 NAYHARA MARY DE OLIVEIRA (AUXILIAR DE SERVIÇOS) - CPF: 005.641.071-90

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10019	SALARIO MATERNIDADE	30 Dias	1.845,60	
19998	INSS	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

27/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 14:30:01
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 27/09/2023
NR. DOCUMENTO 170.757.510.014.817
VALOR TOTAL 1.699,30
****** 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 A.72C.347.F65.B66.5B7
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

Agosto/2023
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	
19998	INSS	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	
19998	INSS	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.699,30

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: A.6A5.77A.971.3EF.1B0

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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	7.92 %		146,30
			1.845,60	146,30
			Líquido.....:	1.699,30

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.413,00	1.845,60	1.845,60	147,65	1.317,60

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.540,55

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 7.456.75D.0E4.33B.274

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
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	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		350,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.52 %		237,80
19999	IRRF	7.5 %		11,22
			2.789,57	249,02
			Líquido.....:	2.540,55

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.789,57	2.789,57	223,17	2.261,57

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

Agosto/2023
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	30 Dias	1.630,00	
10005	TRIENIO	1	48,90	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		652,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		350,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	35	108,67	
19998	INSS	8.52 %		237,80
19999	IRRF	7.5 %		11,22
			2.789,57	249,02
			Líquido.....:	2.540,55

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.789,57	2.789,57	223,17	2.261,57

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

/ / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.175,53

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: E.70F.40D.447.237.165

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 27/03/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.16 %		193,40
			2.368,93	193,40
			Líquido.....:	2.175,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.368,93	2.368,93	189,51	1.840,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 27/03/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: RADIOLOGIA
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — 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		652,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	28	86,93	
19998	INSS	8.16 %		193,40
			2.368,93	193,40
			Líquido.....:	2.175,53

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.630,00	2.368,93	2.368,93	189,51	1.840,93

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE. Assinatura / / Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:49
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: SARA ANUNCIAÇAO SILVA
CPF: 051.429.691-70
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.891-5
DATA DE PAGAMENTO: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 1.614,56

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 1.F48.D4C.160.4BA.23D

Recibo de Pagamento Mensal

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

Agosto/2023
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 07/07/2020

68 SARA ANUNCIACAO SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 051.429.691-70

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	37,09	
19998	INSS	7.86 %		137,92
			1.752,48	137,92
			Líquido.....:	1.614,56

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.752,48	1.752,48	140,20	1.224,48

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

Agosto/2023
Departamento: ENFERMAGEM
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

Adm: 07/07/2020

68 SARA ANUNCIACAO SILVA (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 051.429.691-70

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
20030	ADICIONAL NOTURNO	21	37,09	
19998	INSS	7.86 %		137,92
			1.752,48	137,92
			Líquido.....:	1.614,56

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.752,48	1.752,48	140,20	1.224,48

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:50
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 3.680,81

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: F.1EA.283.A8A.67C.068

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/12/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 009.078.241-02

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	11	2.100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			3.815,39	134,58
			Líquido.....:	3.680,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 01/12/2018
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

33 SILVANIA ALVES RIBEIRO (TECNICO(A) DE ENFERM) - CPF: 009.078.241-02

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	30 Dias	1.391,06	
10005	TRIENIO	1	41,73	
10065	DIARIA / AJUDA DE CUSTO	11	2.100,00	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		282,60	
19998	INSS	7.84 %		134,58
			3.815,39	134,58
			Líquido.....:	3.680,81

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.391,06	1.715,39	1.715,39	137,23	1.187,39

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

__/__/__ Data

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3312510507813081
25/10/2023 11:19:49

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 -     AUTOATENDIMENTO       - 11.19.46
3648X03648          SEGUNDA VIA                0002
            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$                                2.221,37
DEBITO EM: 27/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 092706
AUTENTICACAO SISBB:         8.A38.6A5.9F4.864.991
```

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 19/08/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

132 TATIANE BENICIO DA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 894.958.291-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	13 Dias	1.232,97	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	4	720,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	56	202,33	
19998	INSS	8.18 %		197,93
			2.419,30	197,93
			Líquido.....:	2.221,37

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.845,32	2.419,30	2.419,30	193,54	2.221,37

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

Recibo de Pagamento Mensal

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE HMAA — Agosto/2023 — Adm: 19/08/2023
27.949.878/0002-05 — Departamento: ENFERMAGEM
AVENIDA PERNANBUCO-ELIZIARIO-219 — SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

132 TATIANE BENICIO DA SILVA (ENFERMEIRO(A)) - CPF: 894.958.291-00

Cod.	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
10001	SALARIO EMPREGADO	13 Dias	1.232,97	
20004	ADICIONAL DE INSALUBRIDADE		264,00	
20020	PLANTÃO(ÕES)	4	720,00	
20030	ADICIONAL NOTURNO	56	202,33	
19998	INSS	8.18 %		197,93
			2.419,30	197,93
			Líquido.....:	2.221,37

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.845,32	2.419,30	2.419,30	193,54	2.221,37

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

Agosto/2023
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		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		500,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.61 %		246,73
19999	IRRF	7.5 %		16,80
			2.906,00	263,53
			Líquido.....:	2.642,47

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.864,00	2.864,00	229,12	2.336,00

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 PERNANBUCO-ELIZIARIO-219

Agosto/2023
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		264,00	
20012	GRATIFICAÇÃO (RESP TÉCNICA)		500,00	
20038	GRATIFICAÇÃO ASSIDUIDADE		42,00	
19998	INSS	8.61 %		246,73
19999	IRRF	7.5 %		16,80
			2.906,00	263,53
			Líquido.....:	2.642,47

Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.100,00	2.864,00	2.864,00	229,12	2.336,00

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE.

Assinatura

___/___/___ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/10/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 11:19:50
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: 27/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.642,47

EVENTO: SALARIO ORD EMPREGADOR

AUTENTICACAO SISBB: 2.207.30A.2A5.2EF.324

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/09/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 16:50:59
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: ADOLFO FERNANDES DA SILVA
CPF: 034.524.381-12
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.822-2
DATA DE PAGAMENTO: 29/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.778,34

EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

AUTENTICACAO SISBB: 5.6FF.001.1BB.A8C.ACC

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: ADOLFO FERNANDES DA SILVA	Nº Cart. Prof.: 67408	Série: 00010
Nº Registro: 2	Função: PORTEIRO(A)	Data Admissão: 01/10/2018

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	01 de outubro de 2021	A	30 de setembro	de 2022
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de setembro de 2023	A	30 de setembro	de 2023

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.632,16	Base de Cálculo: 2.313,72

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	2.313,72
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	771,24
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$	273,25
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	33,37
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	3.084,96
Total de Deduções	306,62
Líquido a Receber	2.778,34

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$ 2.778,34

Valor por Extenso	(DOIS MIL, SETECENTOS E SETENTA E OITO REAIS E TRINTA E QUATRO CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de agosto de 2023
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 2.778,34

Valor por Extenso	(DOIS MIL, SETECENTOS E SETENTA E OITO REAIS E TRINTA 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, 30 de agosto de 2023
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
29/09/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 16:50:59
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: FRANCISCA KATIA B DE ARAU
CPF: 019.531.221-08
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.856-7
DATA DE PAGAMENTO: 29/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.376,82

EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

AUTENTICACAO SISBB: 0.293.4D2.350.908.422

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 FIGUEIREI	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 2021	A	30 de setembro	de 2022
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de setembro de 2023	A	30 de setembro	de 2023

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.391,06	Base de Cálculo: 1.943,07

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	1.943,07
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	647,69
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$	213,94
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.590,76
Total de Deduções	213,94
Líquido a Receber	2.376,82

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 liquida de R$ 2.376,82

Valor por Extenso	(DOIS MIL, TREZENTOS E SETENTA E SEIS REAIS E OITENTA E DOIS CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de agosto de 2023
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 2.376,82

Valor por Extenso	(DOIS MIL, TREZENTOS E SETENTA E SEIS REAIS E OITENTA 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, 30 de agosto de 2023
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
29/09/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 16:50:59
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: GONÇALA DE JESUS MOURAO
CPF: 033.396.221-40
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.876-1
DATA DE PAGAMENTO: 29/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.479,79

EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

AUTENTICACAO SISBB: B.487.E17.990.FA3.022

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: GONÇALA DE JESUS MOURÃO	Nº Cart. Prof.: 4653585	Série: 0050
Nº Registro: 12	Função: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	Data Admissão: 01/10/2018

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	01 de outubro de 2021	A	30 de setembro	de 2022
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de setembro de 2023	A	30 de setembro	de 2023

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.413,00	Base de Cálculo: 2.030,83

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	2.030,83
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	676,94
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$	227,98
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.707,77
Total de Deduções	227,98
Líquido a Receber	2.479,79

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$ 2.479,79

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUATROCENTOS E SETENTA E NOVE REAIS E SETENTA E NOVE CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de agosto de 2023
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 2.479,79

Valor por Extenso	(DOIS MIL, QUATROCENTOS E SETENTA E NOVE REAIS E SETENTA 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 agosto de 2023
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
29/09/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 16:50:59
3648003648

COMPROVANTE DE PAGAMENTO ELETRONICO

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

FAVORECIDO: MARCOS ANTONIO VIEIRA GON
CPF: 347.149.871-00
AGENCIA: 0757-9 - SAO MIGUEL ARAGUAIA GO
CONTA: 22.885-0
DATA DE PAGAMENTO: 29/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 4.598,88

EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

AUTENTICACAO SISBB: 1.BCA.000.C87.F15.FAE

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: MARCOS ANTONIO VIEIRA GONÇALVES	Nº Cart. Prof.: 76325	Série: 00019
Nº Registro: 17	Função: TECNICO(A) DE RADIOLOGIA	Data Admissão: 01/10/2018

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	01 de outubro de 2021	A	30 de setembro	de 2022
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de setembro de 2023	A	30 de setembro	de 2023

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.630,00	Base de Cálculo: 4.315,60

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	4.315,60
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	1.438,53
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$	631,48
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	523,77
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	5.754,13
Total de Deduções	1.155,25
Líquido a Receber	4.598,88

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$ 4.598,88

Valor por Extenso	(QUATRO MIL, QUINHENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E OITENTA E OITO CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de agosto de 2023
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 4.598,88

Valor por Extenso	(QUATRO MIL, QUINHENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E OITENTA E OITO 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 agosto de 2023
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
29/09/2023 - AUTO-ATENDIMENTO - 16:50:59
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: 29/09/2023
VALOR CREDITADO (R$): 2.101,15

EVENTO: FERIAS - LICENCA PREMI

AUTENTICACAO SISBB: F.991.800.0D2.F81.0A5

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

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: MARIVANE GOMES DE ALMEIDA	Nº Cart. Prof.: 35692	Série: 00023
Nº Registro: 19	Função: TECNICO(A) DE ENFERMAGEM	Data Admissão: 01/10/2018

Observação:

Períodos

De Aquisição.....:	De	01 de outubro de 2021	A	30 de setembro	de 2022
De 1/3 Abono Pecuniário.:	De		A		
De Gozo das Férias.....:	De	01 de setembro de 2023	A	30 de setembro	de 2023

Base para Cálculo da Remuneração das Férias

Faltas não Justificadas: 0	Salário Base: 1.391,06	Base de Cálculo: 1.715,39

= Proventos =

Valor da Remuneração de Férias:	R$	1.715,39
Valor das Férias em dobro....:	R$	0,00
Abono Pecuniário Dia(s).:	R$	0,00
Valor Adicional 1/3 Férias...:	R$	571,80
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$	186,04
Imposto de Renda Ret. Fonte..:	R$	0,00
Adiantamento de Férias.....:	R$	0,00
Pensão Alimentícia.....:	R$	0,00

Total de Proventos	2.287,19
Total de Deduções	186,04
Líquido a Receber	2.101,15

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$ 2.101,15

Valor por Extenso	(DOIS MIL, CENTO E UM REAIS E QUINZE CENTAVOS)

a ser paga adiantadamente.

SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO, 01 de agosto de 2023
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 2.101,15

Valor por Extenso	(DOIS MIL, CENTO E UM REAIS E QUINZE 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 agosto de 2023
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.

G338011402663129 1
01/09/2023 14:10:25

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 14.10.25
3648X03648 SEGUNDA VIA 0002
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: 01/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090101
AUTENTICACAO SISBB: 2.2E5.919.10C.F7B.AB3

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 98922/2018

Número da Nota **142**
Data Emissão **01/09/2023**
Código Verificação **Z8TG-Y83K**

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) 28194101

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV PERNAMBUCO N. 219 Q 19 SALA DA DIRETORIA
Bairro	ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente aos servicos de superintendencia executiva, conforme contrato 013/2018 com fulcro no contrato de gestao 159/2018. Servicos prestados no Hospital Municipal de Sao Miguel do Araguaia (GO). Referente ao mes Junho de 2023

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	%	3,99
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Serviço prestado em	Imposto devido em	Valor da Nota
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	**GOIÂNIA-GO**	**R$ 15.500,00**

Valor dos Serviços	Desconto
R$ 15.500,00	R$ 0,00

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**.

G336011548150971 1
01/09/2023 15:54:08

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 15.54.05
3648X03648 SEGUNDA VIA 0010

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: 2478-3 - PONTALINA
CONTA: 14.213-7

FAVORECIDO: ALVES DOS SANTOS SERVICOS ADMINISTR
CPF/CNPJ: 45.907.228/0001-06
VALOR: R$ 3.325,00
DEBITO EM: 01/09/2023

==========

DOCUMENTO: 090108
AUTENTICACAO SISBB: 6.BF6.79F.68F.DE0.55C

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CROMÍNIA

Secretaria Municipal de Finanças

PRACA ANTONIO PARREIRA DUARTE, N 0. FONE: (64) 3419-1487

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

NÚMERO DA NOTA:	00025
SÉRIE:	ELETRÔNICA
DATA:	07/06/2023
PÁGINA:	1 de 2
HORA DE EMISSÃO:	17:21:32

PRESTADOR DE SERVIÇOS

NOME FANTASIA: ALVES DOS SANTOS SERVICOS ADMINISTRATIVOS
CPF/CNPJ: 45.907.228/0001-06
RAZÃO SOCIAL: ALVES DOS SANTOS SERVICOS ADMINISTRATIVOS LTDA
ENDEREÇO: RUA ANTONIO DIAS CAMPOS, N 37 - QUADRA7 LOTE 10
BAIRRO: SETOR SUL
CLASSIFICAÇÃO: MICROEMPRESA
INSC. MUN.: 8982167
FONE: 000000000000
CEP: 75.635-000
MUNICÍPIO: CROMÍNIA - GO
REGIME TRIB.: SIMPLES NACIONAL

TOMADOR DE SERVIÇOS

NOME/RAZÃO SOCIAL: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
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	Alíq.	ISS	Valor Total
1,0000	17.01	SERVIÇO DE DIRETORA OPERACIONAL: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CONSULTORIA EM GESTÃO, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO, A GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO, O DESENVOLVIMENTO ESTRATÉGICO, A ELABORAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO ORÇAMENTO ECONÔMICO FINANCEIRO, PLANO DE INVESTIMENTO, IMPLANTAÇÃO DOS PROJETOS DESENVOLVIDOS PELA ORGANIZAÇÃO, CONSULTORIA E ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO E APLICAÇÃO DAS POLÍTICAS INTERNAS, PROCESSOS E PROCEDIMENTOS ORGANIZACIONAIS. CONFORME CONTRATO 001/2023. REFERENTE A MAIO/2023 VALOR: R$ 3.325,00 DADOS PARA PAGAMENTO BRADESCO 237 AG 2478 CC 14213 - 1	R$ 3.325,00	R$ 0,00	R$ 0,00	2,00%	R$ 66,50	R$ 3.325,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	**R$3.325,00**
VALOR LÍQUIDO	**R$3.325,00**

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS	R$	0,00
COFINS	R$	0,00
CSLL	R$	0,00
INSS	R$	0,00
IR	R$	0,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

+ VALOR DO SERVIÇO	R$	3.325,00
- DESCONTO CONDICIONADO	R$	0,00
- DESCONTO INCONDICIONADO	R$	0,00
- DEDUÇÃO	R$	0,00
- RETENÇÕES FEDERAIS	R$	0,00
- OUTRAS RETENÇÕES	R$	0,00

= BASE DE CÁLCULO	R$	3.325,00
- ISS DEVIDO	R$	**66,50**

COD. DE VERIFICAÇÃO
31A4-4E6C

LOCAL DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO: GOIÂNIA - GO
IMPOSTO DEVIDO EM: CROMÍNIA - GO

DESCRIÇÃO DOS ITENS DE SERVIÇO

17.01 - Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista; análise, exame, pesquisa,

DESCRIÇÃO DOS CNAES

7020400 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica

G3321109284889101
11/09/2023 09:33:16

Emissão de comprovantes - 3o nível

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/09/2023 -      AUTOATENDIMENTO       - 09.33.17
3648X03648          SEGUNDA VIA                0005
            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$                                100.000,00
DEBITO EM: 06/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 090601
AUTENTICACAO SISBB:         9.0DA.BB4.B75.2C3.B36
```

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIRINOPOLIS

02.056.737/0001-51

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000000341**
Data e Hora de Emissão	**28/09/2023 11:59:27**
Código de Verificação	**4668**

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 06/2023.	04.01.000	1,0000	274.612,0000	0,0000	274.612,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Aliquota	ISS
04.01.000 / Medicina e biomedicina.	274.612,00	5,00	13.730,60
TOTAL DO ISS			13.730,60

CNAE / Atividade Município
8621602 / Servicos moveis de atendimento a urgencias, exceto por UTI movel

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	1.784,97	8.238,36	0,00	4.119,18	2.746,12

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	274.612,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	16.888,63
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	257.723,37

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	274.612,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	274.612,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	274.612,00
(X) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	13.730,60

Serviço prestado em	Imposto Devido em
São Miguel do Araguaia - GO	**QUIRINOPOLIS - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
274.612,00	**0,00**	**274.612,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Regime Normal.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituida 0
http://quirinopolis.centi.com.br/notafiscal/verificar

DATA DE RECEBIMENTO	NR DA NOTA	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
	0000000341	

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3371208502932401
12/09/2023 08:55:00

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/09/2023 -     AUTOATENDIMENTO      - 08.55.02
3648X03648          SEGUNDA VIA              0002
            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: 9374-2 - GOIANIA/RUA OITO
CONTA:      45.345-5

FAVORECIDO:  LIFECARE EXCELENCIA S/A
CPF/CNPJ: 19.352.206/0001-09
VALOR: R$                              116.337,39
DEBITO EM: 11/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 091101
AUTENTICACAO SISBB:         C.4A2.1C9.4A5.9D4.FCB
================================================
Seguro Empresarial, protecao completa para o seu
patrimonio. Cobertura contra danos e prejuizos
pra sua necessidade. Contrate no App ou agencias
```

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 73512/2013

Número da Nota **2261**
Data Emissão **14/06/2023**
Código Verificação **XP53-YKJK**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**19.352.206/0001-09**	Inscrição Municipal **3642615**
Nome/Razão Social	**LIFECARE EXCELENCIA S/A**	
Endereço	R 9 N.1610 QD.G13 LT.03 PAVMT01 SALA 2	
Bairro	SET MARISTA	
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74150130 Telefone (62) 85237753	

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AVENIDA PERNAMBUCO N. 219 QUADRA 19
Bairro	SETOR ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Referente a servicos medicos especializados em atendimentos a urgencia e emergencia, cirurgias eletivas, atendimento ambulatorialde especialidades medicas, anestesiologia, ginecologia obstetricia e realizacao de de exames/laudos.

Conforme contrato 012/2022 com fulcro no contrato de gestao 159/2018.

Referente a 01-05-2023 a 15-05-2023 ate as 7:00 hs

DADOS BANCARIOS:
LIFECARE EXCELENCIA S/A
CNPJ: 19.352.206/0001-09
ITAU:341
AGENCIA: 9374
CONTA CORRENTE: 45.345-5

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atividade 861010200
Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgencias

Retenções Federais	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	R$ 805,75	R$ 3.718,83	R$ 0,00	R$ 1.859,42	R$ 1.239,61

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	123.961,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	7.623,61
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	116.337,39

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	123.961,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	123.961,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	123.961,00
(x) Alíquota	%	3,50
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	4.338,64

Serviço prestado em	Imposto devido em
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 123.961,00	R$ 0,00	**R$ 123.961,00**

Informações Importantes: Usuário: 6

- A autenticidade desta Nota Fiscal pode ser verificada na página da Prefeitura em **www.goiania.go.gov.br**.

13/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:11:16
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 13/09/2023
NR. DOCUMENTO 550.757.000.015.400
VALOR TOTAL 10.247,88
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: NATANAEL MARTINS COELHO E
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 15.400-8
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO 2.DB8.04A.854.13F.17B

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
0000001774
Data e Hora de Emissão
13/09/2023 11:30:23
Código de Verificação
4105

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: REFERENTE SERVIÇOS MEDICOS DE 14 SOBREAVISO E 2 ULTRASSONS REALIZADOS NO MES DE MAIO 2023, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTAO 159/2018
DADOS BANCARIOS
BANCO BRASIL
C/C 15400-8
AG 0757-9
NATANAEL MARTINS COELHO
CNPJ 12.256.931/0001-34

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
	73,32	338,40	0,00	169,20	112,80

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	11.280,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	693,72
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	338,40
(=) Valor Líquido	R$	10.247,88

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	11.280,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	11.280,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	11.280,00
(X) Alíquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	338,40

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
11.280,00	**0,00**	**11.280,00**

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 16.35.26
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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: 56.419-2

FAVORECIDO: ANNA CAROLINNE MOREIRA GOMES FARIA
CPF/CNPJ: 44.540.319/0001-85
VALOR: R$ 22.932,00
DEBITO EM: 14/09/2023
==========
DOCUMENTO: 091404
AUTENTICACAO SISBB: 1.153.C18.90C.0AA.688

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	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
0000000007	14/09/2023 13:39:04	bfae

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **ANNA CAROLINNE MOREIRA GOMES FARIA**
Nome Fantasia:
CNPJ: **44.540.319/0001-85** Inscrição Municipal: **2010131215**
Endereço: **R 02, N°: 1312, SETOR OESTE, QUADRA03 LOTE 12, CEP: 76.590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone: **62 33643015**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**
Nome Fantasia: **HMAA**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AVENIDA PERNAMBUCO, NR: 219, SETOR ELIZIÁRIO, CEP:76590-000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás** Telefone:
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS EM MAIO DE 2023, NA UNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO N° 159/2018

Serviço / Item-Serviço
04.03.000 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

CNAE / Atividade Município
8610101 / ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS
8610102 / ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	23.400,00
(-) 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$	468,00
(=) Valor Líquido	R$	22.932,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	23.400,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	23.400,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	23.400,00
(X) Alíquota	%	2,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	468,00

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
23.400,00	**0,00**	**23.400,00**

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

0000000007

Data e Hora de Emissão

14/09/2023 13:39:04

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **ANNA CAROLINNE MOREIRA GOMES FARIA**

Nome Fantasia:

CNPJ: **44.540.319/0001-85** Inscrição Municipal: **2010131215**

Endereço: **R 02, N°: 1312, SETOR OESTE, QUADRA03 LOTE 12, CEP: 76.590-000**

Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO** Telefone: **62 33643015**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE**

CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**

Endereço: **AVENIDA PERNAMBUCO, NR: 219, SETOR ELIZIÁRIO, CEP:76590-000**

Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás**

E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS EM MAIO DE 2023, NA UNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO N° 159/2018

Serviço / Item-Serviço

04.03.000 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES.

CNAE / Atividade Município

8610102 / ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS
8610101 / ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS

Serviço prestado em	Imposto Devido em	
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**	
Valor dos Serviços	Aliquota	Valor do Imposto Retido
23.400,00	**2,00**	**468,00**

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$ 468,00.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE

27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/09/2023 -      AUTOATENDIMENTO       - 16.35.26
3648X03648          SEGUNDA VIA                0005
            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: 3465-7 - MINACU
CONTA:          426-1

FAVORECIDO:  CARLOS FABRICIO PEREIRA LARA
CPF/CNPJ: 21.465.633/0001-45
VALOR: R$                              10.800,00
DEBITO EM: 14/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 091405
AUTENTICACAO SISBB:         D.CF2.BA7.55B.68C.921
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORANGATU

01.801.612/0001-46

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000001341**
Data e Hora de Emissão	**13/09/2023 17:12:01**
Código de Verificação	**2b9e6c59**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **CARLOS FABRICIO PEREIRA LARA-ME**
Nome Fantasia:
CNPJ: **21.465.633/0001-45** Inscrição Municipal: **651003661**
Endereço: **RUA 7, Nº: S/N, NAO INFORMADO, CEP: 76.550-000**
Município: **PORANGATU - GO** Telefone:

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS**
CNPJ/CPF: **27.949.878/0002-05**
Endereço: **AVENIDA PERNAMBUCO, QD: 19, LT: 0, NR: 219, SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, CEP:76590-0000**
Município: **SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - Goiás** Telefone: **62 39425940**
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: REFERENTE SERVIÇOS MEDICOS PRESTADOS EM MAIO DE 2023, NA UNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTAO N. 159/2018.

Serviço / Item-Serviço

04.01 - Medicina e biomedicina.

CNAE / Atividade Município

0000588 / 1553 ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO SOCORRO E UNID. HOSPITALARES E UGENCIAS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	10.800,00
(-) 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$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	10.800,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	10.800,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	10.800,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	10.800,00
(X) Alíquota	%	3,35
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	361,80

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**PORANGATU - GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
10.800,00	**0,00**	**10.800,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída 0
https://go.centi.com.br/porangatu/portalservicos/notafiscal/consultar

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

Forma Pagamento: Crédito em Conta Qtd Parcela: 1

Observação: CAIXA ECONOMICA FEDERAL AGENCIA 3465 C/C 0426-1 PJ CARLOS FABRICIO PEREIRA LARA

Este documento foi assinado digitalmente e autenticado pelo código 2b9e6c59 no site

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/09/2023 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.00.38
3648X03648         SEGUNDA VIA              0006
            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:  43.968.856-1

FAVORECIDO:  ANA BARBISAN DE SOUZA SERVICOS MEDI
CPF/CNPJ: 35.147.002/0001-92
VALOR: R$                              3.162,50
DEBITO EM: 18/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 091802
AUTENTICACAO SISBB:        E.0A8.1B8.A80.8EE.762
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

PREFEITURA DE PORANGATU
Gestão 2021-2024 | NOVOS TEMPOS

ESTADO DE GOIÁS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORANGATU
01.801.612/0001-46
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota
0000000008
Data e Hora de Emissão
15/09/2023 11:18:43
Código de Verificação
eb7751ef

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: ANA BARBISAN DE SOUZA SERVICOS MEDICOS LTDA
Nome Fantasia: ANA BARBISAN DE SOUZA SERVICOS MEDICOS LTDA
CNPJ: 35.147.002/0001-92 Inscrição Municipal: 651008093
Endereço: R SERGIPE, Nº S/N, JARDIM BRASILIA, QUADRA76 LOTE 14, CEP: 76.550-000
Município: PORANGATU - GO Telefone: 44 30311015

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS
CNPJ/CPF: 27.949.878/0002-05
Endereço: AV PERNAMBUCO, NR: 219, ELIZIARIO, CEP:76590-000
Município: SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GOIÁS Telefone:
E-mail:

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Descrição: REFERENTE SERVIÇOS MÉDICOS PRESTADOS EM MAIO DE 2023, NA UNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO Nº159/2018.

DADOS BANCÁRIOS:
CPF/CNPJ: 35147002000192
BANCO: 260 - NU PAGAMENTOS S.A (NUBANK) 18236120
CONTA: 43968856 - 1
AGÊNCIA: 0001

Serviço / Item-Serviço
04.01 - Medicina e biomedicina.

CNAE / Atividade Município
8630503 / ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	3.162,50
(-) 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$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	3.162,50

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	3.162,50
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	3.162,50
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	3.162,50
(X) Alíquota	%	2,01
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	63,57

Serviço prestado em	Imposto Devido em
PORANGATU - GO	PORANGATU - GO

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
3.162,50	0,00	3.162,50

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída 0
https://go.centi.com.br/porangatu/portalservicos/notafiscal/consultar

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 4504 e o código verificador 582.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 15.58.41
3648X03648 SEGUNDA VIA 0002
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$ 16.893,00
DEBITO EM: 27/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092704
AUTENTICACAO SISBB: 9.A7D.344.370.8E5.F36

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIRINOPOLIS

02.056.737/0001-51

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da Nota	0000000338
Data e Hora de Emissão	14/09/2023 11:31:01
Código de Verificação	42d3

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 EM MAIO DE 2023, NA UNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL - HMAA, COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO Nº159/2018.	04.01.000	1,0000	18.000,0000	0,0000	18.000,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	ISS
04.01.000 / Medicina e biomedicina.	18.000,00	5,00	900,00

TOTAL DO ISS 900,00

CNAE / Atividade Município
8621602 / Servicos moveis de atendimento a urgencias, exceto por UTI movel

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	117,00	540,00	0,00	270,00	180,00

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	18.000,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	1.107,00
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	16.893,00

Demonstrativo		
Valor dos Serviços	R$	18.000,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	18.000,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	18.000,00
(X) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	900,00

Serviço prestado em	Imposto Devido em
São Miguel do Araguaia - GO	QUIRINOPOLIS - GO

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
18.000,00	0,00	18.000,00

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
	0000000338	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.vozdigital.com.br/virtual/doc/public/validar-assinatura-apoxy informando o código 4451 e o código verificador 574

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/09/2023 -      AUTOATENDIMENTO       - 10.14.24
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$                                96.723,37
DEBITO EM: 28/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 092802
AUTENTICACAO SISBB:         C.57D.FD6.5C6.48A.A2C
```

Transação efetuada com sucesso por: JH075454 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIRINOPOLIS

02.056.737/0001-51

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota
0000000341
Data e Hora de Emissão
28/09/2023 11:59:27
Código de Verificação
4668

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 06/2023.	04.01.000	1,0000	274.612,0000	0,0000	274.612,0000

Observação:

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	ISS
04.01.000 / Medicina e biomedicina.	274.612,00	5,00	13.730,60
TOTAL DO ISS			13.730,60

CNAE / Atividade Município
8621602 / Servicos moveis de atendimento a urgencias, exceto por UTI movel

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	1.784,97	8.238,36	0,00	4.119,18	2.746,12

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	274.612,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	16.888,63
(-) Outras Retenções	R$	0,00
(-) ISS Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Liquido	R$	257.723,37

Serviço prestado em	Imposto Devido em
São Miguel do Araguaia - GO	QUIRINOPOLIS - GO

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	274.612,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	274.612,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	274.612,00
(X) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	13.730,60

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
274.612,00	**0,00**	**274.612,00**

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
	0000000341	

2. DESPESAS ADMINISTRATIVAS

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 16.47.26
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	SANEAMENTO DE GOIAS SA	
Codigo de Barras	82660000018-4	32580106622-7
	06677230142-1	40500173478-0
Data do pagamento		05/09/2023
Valor Total		1.832,58

DOCUMENTO: 090504
AUTENTICACAO SISBB: 6.4DE.00D.C77.B65.320

SANEAGO

Saneamento de Goiás S.A.

CNPJ 01.815.461/0001-62 - INSC. EST. 10.013.357-6

AV. PARANA NR. 0 QD. 17 LT. 0 ALTO ALEGRE CEP: 76590-000 TEL: 33641562

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAODE
RUA 5 Nr. S/N ENTRE RGS E SM SANTA LUCIA Q 19 L PRAÇA SAO MIGUEL DO ARAGUAIA CEP: 76590-000

Fatura de água, esgoto e serviços

Número da conta:
1424050-5

Número da fatura:
2206677230

Data de emissão:
25/08/2023

Mês de referência:
AGO/2023

Vencimento:
05/09/2023

Valor (R$):
1.832,58

Tributação aproximada (R$):
169,50

PIX

Facilite sua rotina, pague esta fatura via PIX:

Quantidade de unidades atendidas:

Serviço	Social	Residencial	Comercial 1	Comercial 2	Industrial	Pública
Água						001
Esgoto						

Descrição dos serviços	Valor (R$)
TARIFA MINIMA PUBLICA	97,80
TARIFA MINIMA COLETA AFASTAMENTO ESGOTO PUBLI	1.388,10
TARIFA MINIMA TRATAMENTO ESGOTO PUBLICA	346,68

O tipo de consumo faturado foi:

Minimo - Volume minimo faturável.

Hidrômetro (s)		Leitura (s)			Consumo (s)			
Tipo	Número	Atual	Anterior	Próxima	Faturado m³	Dias	Médio m³	Estimado m³
AGUA FRI	Y20SG0201252	18/08/23 1841	19/07/23 1841		10		25	158

Histórico de consumo:

Tipo/Mês	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL
AGUA FRI	00010	00010	00010	00010	00093	00010

Aviso

Mensagem

Sistema de Abastecimento de Agua: SAO MIGUEL DO ARAGUAIA

Parâmetros	Cloro residual livre	Fluoreto	Turbidez	Cor aparente	pH	Coliformes totais	Escherichia coli
Nº Mínimo de análises exigidas	43	0	43	10	0	43	43
Nº de Análises realizadas	36	8	36	36	8	36	36
Nº de análises fora do padrão da legislação	36	7	36	36	8	36	36

Conforme a água fornecida e encontra-se [illegible] com os padrões [illegible] recomendados para ações corretivas.

Portaria de Consolidação nº 5 de 28/09/2017 do Min. da Saúde - Anexo XX (...)

Plano Mínimo de Análises Mensais (...) pela Portaria nº [illegible] Consolidação nº 5 de 28/09/2017 do Min. da Saúde - Anexo XX (...)

Plano de Amostragem Mensal (...) pela Saneago | Plano de Amostragem Mensal (...) [illegible] de Água.

SANEAGO	Mês Ref.:	Cód. Déb. Aut.	Nº da Fatura:	Vencimento	Valor total (R$)
	AGO/2023	14240505	2206677230	05/09/2023	1.832,58

826600000184 325801066227 066772301421 405001734780

Faturas não pagas até o vencimento serão cobradas de multa e atualização monetária diária (IMPC + Juros de mora) conforme legislação da ANEEL (Resol. [illegible] 2016-CB)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.55.02
3648X03648 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio SANEAMENTO DE GOIAS SA
Codigo de Barras 82660000110-9 79350106680-7
39173467142-6 40500554970-5
Data do pagamento 11/09/2023
Valor Total 11.079,35

DOCUMENTO: 091104
AUTENTICACAO SISBB: 9.40B.300.A98.ABC.21D

SANEAGO

SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.
FATURA DE ÁGUA/ESGOTOS/SERVIÇOS
CNPJ : 01.616.929/0001-02 INSC.EST: 10.013.357-6
AV. FUED JOSÉ SEBBA, 1245 - JARDIM GOIÁS
CEP : 74805-100 GOIÂNIA - GOIÁS

NOTA FISCAL AVULSA

82660000110-9 79350106680-7
39173467142-6 40500554970-5

DOCUMENTO Nº: 8039173467

PROPRIETÁRIO:	PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
USUÁRIO/TITULAR:	INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS
ENDEREÇO:	RUA 5 Qd. 19 Lt. PRAÇA N S/N ENTRE RGS E SM
BAIRRO:	SANTA LUCIA
CIDADE:	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CEP:	76590000
EMISSÃO DESTE:	05/09/2023 13:28
REFERÊNCIA:	09/2023

CONTA Nº:	1424050-5
CODIFICAÇÃO:	067.72.01.0460
HIDRÔMETRO:	
GERAÇÃO DOC. ORIGINAL:	**05/09/2023**
DOCUMENTO ORIGINAL:	**8039173467**
VENCIMENTO:	11/09/2023

DESCRIÇÃO/COMPLEMENTO	**VALOR**
PAGAMENTO A VISTA	**11.079,35**

VIA CLIENTE | **TOTAL A PAGAR** **R$ 11.079,35**

MENSAGEM(S)

PAGAMENTO EM ATRASO SERÁ GERADO MULTA E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E LANCADO NO CPF/CNPJ DO RESPONSÁVEL PELO DÉBITO.

SANEAGO

SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.
FATURA DE ÁGUA/ESGOTOS/SERVIÇOS

NOTA FISCAL AVULSA

DOCUMENTO Nº: 8039173467

CIDADE	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	**REFERÊNCIA**	09/2023
BAIRRO	SANTA LUCIA	**VENCIMENTO**	11/09/2023
CONTA Nº	1424050-5	**VALOR TOTAL (R$)**	11.079,35

VIA - SANEAGO

82660000110-9 79350106680-7 39173467142-6 40500554970-5

PIX powered by Banco Central

Facilite sua rotina, pague esta fatura via **PIX**:

G3341416269376361
14/09/2023 16:35:26

Emissão de comprovantes - 3o nível

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/09/2023 -      AUTOATENDIMENTO       - 16.35.26
3648X03648           SEGUNDA VIA                0003
             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: 14/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 091401
AUTENTICACAO SISBB:         0.542.825.2FF.60E.017
```

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 Jose Nascimento, 2914 - Centro
CEP: 76590-000 - São Miguel do Araguaia/GO
E-mail: sannet.sma@gmail.com - Site: sannettelecom.com.br

Nota fiscal Nº

000.105.495

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	Aliquota	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 01/08/2023 até 31/08/2023	01/09/2023

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	V. UNIT.	DESC.	TOTAL
FIBRA 400 MB SMA	1	90,00	0,00	90,00

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS **90,00**

Informações complementares
ID título referência - 330044

Reservado ao fisco
AUTENTICAÇÃO DIGITAL: 8488.20D8.FE7D.EABA.B197.755B.82C1.F421

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 16.35.26
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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: 14/09/2023
==========
DOCUMENTO: 091402
AUTENTICACAO SISBB: E.21B.D54.AAB.0AC.1FB

S.D DE MEDEIROS & CIA LTDA

NOTA DÉBITO
Nº: 1990
Série: U

Emissão: 01/09/2023
Referência: Setembro/2023
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
!P 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.

11/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:08:06
364803648 SEGUNDA VIA 0008
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 11/09/2023
NR. DOCUMENTO 550.757.000.006.402
VALOR TOTAL 141,62
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOTEL SAO MIGUEL LTDA
AGENCIA: 0757-9 CONTA: 6.402-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO 1.3BC.B58.B42.A48.F25

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 0000009260
Data e Hora de Emissão 06/09/2023 15:55:43
Código de Verificação a6a6

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	146,0000	0,0000	146,0000

Observação: HÓSPEDE : PEDRO AUGUSTO BARSI
ENTRADA : 04/09/23
SAIDA : 05/09/23

Serviço / Item-Serviço	Base Calculo	Alíquota	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).	146,00	3,00	4,38
TOTAL DO ISS			4,38

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$	146,00
(-) 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$	4,38
(=) Valor Líquido	R$	141,62

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	146,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	146,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	146,00
(X) Alíquota	%	3,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	4,38

Serviço prestado em	Imposto Devido em
SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO	**SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Valor dos Serviços	Descontos	Valor da Nota
146,00	**0,00**	**146,00**

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

0000009260

Data e Hora de Emissão

06/09/2023 15:55:43

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.**	146,00	146,00

Observação: HÓSPEDE : PEDRO AUGUSTO BARSI
ENTRADA : 04/09/23
SAIDA : 05/09/23

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
146,00	**3,00**	**4,38**

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$ 4,38.

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE
27.949.878/0002-05

Válido somente com carimbo e assinatura.

G3332511550522551
25/10/2023 12:03:07

Emissão de comprovantes - 3o nível

```
15/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    14:32:48
364803648           SEGUNDA VIA                0006
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X           CONTA:          43.826-X
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                   15/09/2023
NR. DOCUMENTO                 553.648.000.043.561
VALOR TOTAL                            10.000,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X           CONTA:          43.561-9
NR. DOCUMENTO                 553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO             A.4C7.0DC.E2C.201.DD9
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

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$ 10.000,00 (Dez Mil Reais) referente a segunda parcela do rateio de junho/2023.

São Miguel do Araguaia-Go

15 de Setembro de 2023.

```
29/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    15:33:51
364803648           SEGUNDA VIA                0004
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X          CONTA:          43.826-X
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                  29/09/2023
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.561
VALOR TOTAL                            16.920,32
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X          CONTA:          43.561-9
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO            A.9F6.E3C.7A0.39F.693
```

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$ 16.920,32 (Dezesseis Mil Novecentos e Vinte Reais e Trita e Dois Centavos) referente a terceira parcela do rateio de junho/2023.

São Miguel do Araguaia-Go

29 de Setembro de 2023.

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/09/2023 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.47.26
3648X03648         SEGUNDA VIA              0002
            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: 6458-0 - PARQUE ANHANGUERA URB GOIANIA
CONTA:       4.093-2

FAVORECIDO:  R3 COMERCIO E CONSULTORIA E TECNOLO
CPF/CNPJ: 24.190.294/0001-20
VALOR: R$                                  300,00
DEBITO EM: 05/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 090503
AUTENTICACAO SISBB:        D.7B5.23F.F47.E52.20B
```

TECNOLOGIA & SEGURANÇA

R3 COMERCIO E CONSULTORIA E TECNICM SEG EIRELI
Rua DA PESCADA, 0, QD-30 LT-13 CS1 - JD ATLANTICO - GOIANIA - GO - CEP: 74343-480
Fone: (62)3273-6599

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.001.080
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0824 1902 9400 0120 5500 1000 0010 8014 6655 7785

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
Remessa em bonificacao doacao ou brinde	152236575848219 08/08/2023 08:44:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
106558730		24.190.294/0001-20

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS			27.949.878/0002-05	08/08/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
Avenida AV PERNAMBUCO, 219 QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000	08/08/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	(62)3942-5940		08:15:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	63,48 (21,16 %)	300,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	300,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RONALDO ROSA	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS
656	TONER PARA IMPRESSORA XEXOX B210/B215/B205 COMP	84439933	0102	5910	UN	1,000	300,000	0,00	300,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Recebi 16/08/23

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI [MD5: 0B08B8D9D4EE690ABF2877D64F6A90D1]Trib. Aprox. R$ 42,48 Fed - R$ 21,00 - R$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome BEA5CD|NF vinculada ao DAV n 154 OC 149280 PROCESSO 0418/2023 PAGAMENTO DEPOSITO CONTA 22/08/2023: BANCO BRADESCO/ AG:6458 / CONTA: 4093-2 LOCAL DE ENTREGA: Avenida T-10 esq2uina com a Rua T-22, Qdra 102, Lote 09/12 - Numero 208, Setor Bueno, Goiania - GO. New Times Square Aprartamento 1501	

Proc 418

Compufour S

Scanned with CamScanner

```
26/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    16:17:50
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                  26/09/2023
NR. DOCUMENTO                 554.148.000.140.287
VALOR TOTAL                                655,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: AMARAL E VILELA LTDA - ME
AGENCIA: 4148-3          CONTA:         140.287-0
NR. DOCUMENTO                 553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO             D.C22.516.AD6.A14.69B
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

TecNew

AMARAL E VILELA LTDA
RUA C-204 QD 479 LT 10, 121 - JARDIM AMERICA
74270-210 GOIANIA - GO
FONE: 3942-4142

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

000.009.345
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0909 1033 3300 0110 5500 1000 0093 4510 0018 7166

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 DENTRO DO ESTADO	**152236721586851 20/09/2023 11:35:18**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
10.420.649-7		09.103.333/0001-10

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS			**27.949.878/0002-05**	20/09/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV PERNAMBUCO N219 QD19 SALA DA DIRETORIA, S/N	ELIZIARIO		76590-000	**20/09/2023**
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	3942-5940		**11:35:04**

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	655,00

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**655,00**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
2098	TONER COMPATIVEL CF258X- (Vlr Aprox. Tributos R$ 110.66 (29.51%) Fonte:IBPT.	84439933	040	5102	UN	5	75,00	375,00	0,00	0,00	0,00	0	0
279	CARTUCHO DE TONER 283-A COMP P/ IMPRESSORA M-125A- (Vlr Aprox. Tributos R$ 51.64 (29.51%) Fonte:IBPT.	84439933	040	5102	UN	5	35,00	175,00	0,00	0,00	0,00	0	0
5366	TONER COMP HP CB435/436/285/278A- (Vlr Aprox. Tributos R$ 30.98 (29.51%) Fonte:IBPT.	84439933	040	5102	UN	3	35,00	105,00	0,00	0,00	0,00	0	0

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DOC EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE NAC NAO GERA DIREITO A CRED FIS TERMOS DO ART 23 DA LC 123/2006 NR PED 442268 NR GER 150937 NR PROC 541/2023 BANCO BRASIL AG 4148-3 C/C 140287-0 Valor aproximado de tributos R$ 193.29 (29.51%) Fonte:IBPT. C.Pagto:DEPOSITO BANC.	

RECEBEMOS DE AMARAL E VILELA LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 20/09/2023 VALOR TOTAL: 655,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - AV PERNAMBUCO N219 QD19 SALA DA DIRETORIA, ELIZIARIO, 76590-000-SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	**NF-e 000.009.345 SÉRIE 1**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0002
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: 1842-2 - APINAJES
CONTA: 51.050-0

FAVORECIDO: SUPRIMAIS SUPRIMENTOS PARA INFORMAT
CPF/CNPJ: 02.933.275/0001-03
VALOR: R$ 479,00
DEBITO EM: 26/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092603
AUTENTICACAO SISBB: B.746.C4F.4FF.B66.70E

RECEBEMOS DE SUPRIMAIS SUPRIMENTOS P/INFORMATICA LTDA, OS PRODUTOS E/OU SERVI¤OS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETR‹NICA INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICA¤ÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 000.011.694
Série: 001

SUPRIMAIS 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: 000.011.694
Série: 001
Folha 1

CHAVE DE ACESSO
5223 0902 9332 7500 0103 5500 1000 0116 9410 0023 2753

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

NATUREZA DA OPERA¤ÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZA¤ÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA	152236725307083 - 21/09/2023 12:55:41

INSCRI¤ÃO 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	21/09/2023

ENDERE¤O	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV PERNAMBUCO QUADRA 19 SALA DA DIRETORIA Nr. 219	ELIZIARIO	76590000	21/09/2023

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRI¤ÃO ESTADUAL/MUNICIPAL	HORA DA SAIDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3911-9312	GO		

FATURA/DUPLICATA

11694/A	22/09/2023	479,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS.	VALOR DO ICMS.	BASE DE CÁLCULO ICMS. ST	VALOR DO ICMS. SUBSTITUI¤ÃO	VALOR PIS	VALOR COFINS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	479,00

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	479,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J./C.P.F.
	0				

ENDERE¤O	MUNICÍPIO	UF	INSCRI¤ÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
0,00				0,00	0,00

DADOS DOS PRODUTOS/SERVI¤OS

COD PROD	DESCRI¤ÃO DOS PRODUTOS/SERVI¤OS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR I.P.I	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA I.P.I
9727	TONER P/HP REF. W1105/105A SEM CHIP BY QUALY Tot. Tributos R$ 16,22 Federal R$ 18,55 Estadual	84439933	0102	5102	UN	5,00	53,0000	0,00	265,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0088	TONER NL 5928 COM CHIP BY QUALY Tot. Tributos R$ 16,84 Federal R$ 14,98 Estadual	84439929	0102	5102	UN	1,00	214,0000	0,00	214,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRI¤ÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVI¤OS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMA¤ÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NR.PEDIDO HUMA-442267/NR.GERENCIAL HUMA-150937/Nº PROCESSO:541/2023-CONTRATO DE GESTÃO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. VENDA A VISTA C/DEPOSITO. O PIX É O CNPJ:02.933.275/0001-03. AGENCIA:1842-0 C/C:51050-0 OPERA¤ÃO:003 CEF. VENDA03 Vendedor: 37 - LILIA MARIA Pré-venda: 14136 Total aproximado dos tributos R$: 33,06 Federal e 33,53 Estadual Fonte: (IBPT) 9oi3aC ANTES DE ABRIR A EMBALAGEM CONFIRA O PRODUTO COMPRADO.	

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3342715497793231
27/09/2023 15:58:41

27/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 15:58:41
364803648 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SICOOB S.A.

75691333380104471700504235630011194790000180000
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	92.701
DATA DE VENCIMENTO	20/09/2023
DATA DO PAGAMENTO	27/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO	1.800,00
JUROS/MULTA	40,19
VALOR COBRADO	1.840,19

NR.AUTENTICACAO E.17C.422.A5B.3B9.2D9

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 **23370**
Data Emissão **12/09/2023**
Código Verificação **TKBI-DPJV**

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

REF. AOS SERVICOS DA PLATAFORMA COMPRAS ELETRONICAS NO PERIODO DE 08/09/2023 A 07/10/2023

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

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

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	%	5,00
(=)Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

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 42356.
- 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	08/09/2023	20/09/2023
Sacado	**Nosso número**	**Número do Documento**	**Valor do Documento**
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	00000042356-4	042356	1.800,00
Referência			
PLATAFORMA PARA COTACOES E COMPRAS ELETRONICAS			

Autenticação Mecânica

SICOOB | 756-0 | 75691.33338 01044.717005 04235.630011 1 94790000180000

Local de Pagamento						Vencimento
						20/09/2023
Cedente						Agência/Código
HUMA - COTACOES E COMPRAS ELETRONICAS						3333/447170-9
Data de Emissão		Número do Documento		Espécie Doc.	Aceite	Data Processamento	Nosso número
08/09/2023		042356		REC	N	08/09/2023	00000042356-4
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

3. DESPESAS OPERACIONAIS

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 16.47.26
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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: 4439-3 - APAR GOIANIA V BRASILIA
CONTA: 34.603-4

FAVORECIDO: OMNI HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 19.121.760/0001-85
VALOR: R$ 2.268,00
DEBITO EM: 05/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090502
AUTENTICACAO SISBB: D.B5B.1BD.A0E.3C6.509

Recebemos de OMNI HOSPITALAR LTDA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 04/09/2023 Dest/Reme: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS Valor Total: 2.268,00

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.028.936
Série 001

OMNI HOSPITALAR LTDA ME

RUA NOVA OLINDA QD:40 LT: 14, S/N, GALPAO 01 - JARDIM DAS ESMERALDAS - APARECIDA DE GOIANIA - GO - CEP: 74905-070
Fone: (62)3094-5257
www.pontalsistemas.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000.028.936
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0919 1217 6000 0185 5500 1000 0289 3610 0991 2483

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	**152236667489266 04/09/2023 14:13:44**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
105822590		19.121.760/0001-85

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS			27.949.878/0002-05	04/09/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AV PERNAMBUCO, 219 QUADRA19 S	SETOR ELIZIARIO		76590-000	04/09/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO	(62)3911-9312		14:13:41

FATURA

DADOS DA FATURA	Número: 991248 - Valor Original: R$ 2.268,00 - Valor Desconto: R$ 0,00 - ValorLíquido: R$ 2.268,00

PARCELAS

Número	: 13888129
Vencimento	: 04/09/2023
Valor	: R$ 2.268,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.334,10	226,80	0,00	0,00	2.268,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.268,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
DF TRANSPORTES	0 - REMETENTE				11.028.793/0002-54

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RODOVIA BR-153	GOIANIA	GO	

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			10,000	10,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
419336	HYPLEX B 2 ML SOL INJETAVEL - CX 100 UN - Marca - HYPOFARMA - C.P. ANVISA 1038700290012 - - LOTE: 23050504 - QTD: 500,00 - FAB: 23/06/2023 - VAL: 31/05/2025 -	30039019	020	5102	UN	500,00	2,09	0,00	1.045,00	614,70	104,50	0,00	17,00	0,00
419440	HYPOCINA COMPOSTA 5 ML SOL. INJETAVEL - CX 50 UN - Marca - HYPOFARMA - C.P. ANVISA 1038700230028 - - LOTE: 23030147 - QTD: 350,00 - FAB: 13/05/2023 - VAL: 31/03/2025 -	30034090	020	5102	UN	350,00	1,92	0,00	672,00	395,29	67,20	0,00	17,00	0,00
524568	METILPREDNISOLONA 125MG 25FA +DIL 2ML HG BLAU - Marca - BLAU FARMACEUTICA - C.P. ANVISA 1163701570032 - - LOTE: 23061226 - QTD: 1,00 - FAB: 10/05/2023 - VAL: 10/05/2025 -	30049099	020	5102	CX	1,00	173,00	0,00	173,00	101,76	17,30	0,00	17,00	0,00
419432	PROMETAZOL 50MG/2ML 100AMP 2ML (CLOR PROMETAZINA) - Marca - HIPOLABOR - C.P. ANVISA 1071402130061 - - LOTE: BL-036/22 - QTD: 2,00 - FAB: 01/08/2022 - VAL: 31/07/2024 -	30049075	520	5102	CX	2,00	189,00	0,00	378,00	222,35	37,80	0,00	17,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Reducao de Base do ICMS conforme artigo 8 , Inciso VIII, 2 do Anexo IX do RCTE. Valor Aproximado dos Impostos, R$ 748,44 (33%), Fonte IBPT. Endereco de entrega: AV. PERNAMBUCO N. 219 -SETOR ELIZIARIO SAO MIGUEL DO ARAGUAIA /GO Vendedor: HEITOR NETO Pedido: 991248 Tipo Pagamento: BOLETO Prox. 504	B. Itaú -341 AG-4439 C/C-34603-4

OMNI HOSPITALAR LTDA ME

Endereco: RUA NOVA OLINDA QD:40 LT: 14 Bairro: JARDIM DAS ESMERALDAS
Cidade: APARECIDA DE GOIANIA-GO Cep: 74905070
Fone: (62)3094-5257 Email: OMNIHOSPITALAR@GMAIL.COM

Carta de Corre³±o Eletronica

28936

Chave de acesso - www.nfe.fazenda.gov.br

52230919121760000185550010000289361009912483

Destinat- rio

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS

CNPJ: 27.949.878/0002-05
Endere³o: AV PERNAMBUCO Bairro: SETOR ELIZIARIO
Cidade: S±O MIGUEL DO ARAGUAIA-GO Cep: 76590-000
Fone: (62)3911-9312

Eventos / Corre³× es

Data: 04/09/2023 14:21:46
Descri³±o: DESCARTAR NA NOTA FISCAL OS SEGUINTES DIZERES: Nl· DO PROCESSO 505/2023-CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA

```
06/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    16:13:08
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                  06/09/2023
NR. DOCUMENTO                554.148.000.024.269
VALOR TOTAL                                585,85
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: C.A. D P H EIRELI
AGENCIA: 4148-3          CONTA:          24.269-1
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO            F.384.91E.11D.B95.C72
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

RECEBEMOS DE C.A. HOSPITALAR LTDA, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

N F -e 000.066.001 Nº: Série: 001

C.A. HOSPITALAR LTDA
AV BARAO DO RIO BRANCO QD.41 LT.11
JARDIM LUZ
APARECIDA DE GOIANIA/GO - CEP: 74.915-025
Telefone: (62) 3983-2239

HOSPITALAR
CNPJ: 26.457.348/0001-04
Uma empresa comprometida com a saúde de Todos!!!

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.066.001
Série 001 Folha 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
5223 0926 4573 4800 0104 5500 1000 0660 0110 2366 7553

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 ESTADUAL	152236667967274 04/09/2023 16:04:52

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
106759701		26.457.348/0001-04

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL / FANTASIA	C.N.P.J. / C.P.F. / ID ESTR.	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GEST. EM SAUDE	27.949.878/0002-05	04/09/2023 16:08

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
AV PERNAMBUCO N 219 QD. 19	ELIZIARIO	76.590-000	04/09/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3911-9312	GO		

FAT / DUPL.

001	04/09/2023	585,85

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
344,60	58,58	0,00	0,00	585,85

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	585,85

TRANSP. / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J. / C.P.F.
DF TRANSPORTES E LOGISTICA EIRELI	0				11.028.793/0002-54

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R PADRE MELLO 854	GOIANIA	GO	105862436

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2				7,000	0,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST/SN	CFOP	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000084	+A1-MORFINA 10MG/ML INJ. 100X 1ML(G) |MARCA HIPOLABOR |EAN 7898123908975 |	AZ-001/23M	28/02/2025	30049099	020	5.102	CX	2	0,00	233,0000	0,00	466,00	274,10	46,60	0,00	17,00	0,00
0008672	AMBROXOL 15MG/5ML XPE INF. 100ML(G) |MARCA NATIVITA |EAN 7897848500617 |	220711	31/08/2024	30049039	520	5.102	FR	10	0,00	4,6800	0,00	46,80	27,53	4,68	0,00	17,00	0,00
0007716	DIPIRONA 500MG. C/200CPR.(G) |MARCA PRATI DONADUZZI |EAN 7898148294138 |	23G150	26/06/2025	30049069	020	5.102	CX	1	0,00	35,7000	0,00	35,70	21,00	3,57	0,00	17,00	0,00
0000256	GEL P/ULTRASSONOGRAFIA 5KG. |MARCA REYMER |EAN 7898920384279 |	2307284	23/07/2025	30067000	020	5.102	GL	1	0,00	37,3500	0,00	37,35	21,97	3,73	0,00	17,00	0,00

CÁLC. 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 AUTENTICA, EM CONFORMIDADE COM O ART. 7ºDA RDC 430 DE OUTUBRO DE 2020'Reducao de BC ICMS conforme Anexo IX, Art 8º, Inciso VIII, . 2-A RICMS/GO
PEDIDO 0118491 BANCO BRASIL AGENCIA 4148-3 CONTA CORRENTE 24.269-1 VENDEDOR VENDAS 02
PEDIDO HUMA 440977 Nº GERENCIAL 150208 Nº PROCESSO 504/2023 -CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA

Endereco de Entrega - AV PERNAMBUCO N 219 QD. 19, ELIZIARIO-SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO-CEP 76590000

RESERVADO AO FISCO

```
11/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    16:08:07
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                  11/09/2023
NR. DOCUMENTO                552.591.000.110.996
VALOR TOTAL                                4.807,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CIRURGICA PINHEIRO LTDA
AGENCIA: 2591-7           CONTA:         110.996-0
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO            E.9D9.891.EF8.B6D.EF6
```

Transação efetuada com sucesso por: JH075454 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

RECEBEMOS DE CIRURGICA PINHEIRO LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO 1594 - INSTIT ALCANCE GESTAO EM SAUDE - GOIAS - (R$ 4.807,00) (quatro mil e oitocentos e sete reais)

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
N. 65.263
SÉRIE 1

CIRÚRGICA PINHEIRO

CIRURGICA PINHEIRO LTDA

AV MARCOS DE FREITAS COSTA N.1833
Bairro DANIEL FONSECA, UBERLANDIA - MG
Fone: (34) 3210-2002, CEP:38400328

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

N. 65.263
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3123 0965 2378 5100 0106 5500 1000 0652 6319 1195 1368

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 F/E PROD C/ST CONS FINAL	131235561212816 06/09/2023 08:47:54

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ/CPF
7028282100065		65.237.851/0001-06

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTIT ALCANCE GESTAO EM SAUDE	1594	27.949.878/0002-05	06-09-2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
Av PERNAMBUCO N. 219 , QD.19 SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76.590-000	06-09-2023

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL ARAGUAIA	(62) 3977-7122	GO		08:47:50

FATURA/DUPLICATA

DEPOSITO A VISTA| OUT=001 Venc=06/09/2023 Valor=4.807,00

CÁLCULO DE IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.807,00	336,49	0,00	0,00	4.807,

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**4.807,**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RODONAVES-TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA	0 - Emitente				44.914.992/0012-90

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Rua CORONEL RANULFO BORGES DO NASCIMENTO N. 390	UBERABA	MG	7018262260059

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
23,00				110,5800 Kg	110,5800

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓD. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UN.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. DESC.	% DESC.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	VALOR IPI	ALÍQUO ICMS
55726	CLOR TRAMAD 100MG/2ML IM/IV PA2 C/60AP G | Lote: 9069484 D.Fab: 01/10/22 D.Val: 30/10/24	30049039	500	6108	CX	2	99,00	0,00	0,00	198,00	198,00	13,86	0,00	7,00
56093	FISIOLOGICO 0,9% 100ML C/50 BO PVC | Lote: 2729 23 D.Fab: 25/08/23 D.Val: 25/08/25	30049099	000	6108	CX	22	209,50	0,00	0,00	4.609,00	4.609,00	322,63	0,00	7,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOTA FISCAL COM DIFAL CONF. EMENDA 87/2015. PEDIDO 440973 | Total aproximado de tributos da nota: R$646.54 (13.45% Nac) Fonte tributaria: IBPT | Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF Destino R$480,70 + FCP R$0,00; DIFAL da UF Origem R$0,00.	

CIRÚRGICA PINHEIRO

Carta de Correção

VERSÃO	ÓRGÃO	AMBIENTE
1.00	31	1

ID	CNPJ/CPF
110110312309652378510001065500100006526319119513680 1	65237851000106

CHAVE DE ACESSO	DATA
31230965237851000106550010000652631911951368	06/09/2023 14:24:23

CÓDIGO DO EVENTO	SEQUENCIAL DO EVENTO	VERSÃO DO EVENTO
110110	1	1.00

Informações da Carta de Correção

VERSÃO	DESCRIÇÃO DO EVENTO
1.00	Carta de Correcao

TEXTO DA CARTA DE CORREÇÃO

PROCESSO 504/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE SMA

.

Autorização pela SEFAZ

MENSAGEM DE AUTORIZAÇÃO	PROTOCOLO	DATA/HORA AUTORIZAÇÃO
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e.	131235561921121	06/09/2023 14:24:23

CONDIÇÕES DE USO DA CARTA DE CORREÇÃO

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.

13/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:11:16
364803648 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
DATA DA TRANSFERENCIA 13/09/2023
NR. DOCUMENTO 554.148.000.033.339
VALOR TOTAL 9.002,21
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 33.339-5
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO 1.4EE.54D.25D.CD7.1B7

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

RECEBEMOS DE **HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		**NF-e Nº. 0047886 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. 0047886 FL 1 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5223 0908 7749 0600 0175 5500 3000 0478 8618 6426 2084

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		152236671109119 05/09/2023 13:59:01
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	05/09/2023
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	05/09/2023	9.002,21						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
5.825,33	990,31	0,00	0,00	9.002,21

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	9.002,21

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	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
54,00	CAIXA	HOSPDROGAS		606,000	606,000

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
010.0457	DIAZEPAM (GEN) 5MG/ML INJ IM/IV AMP L (B1) Marca: HIPOLABOR. MS: 113430152001 8. Valid: 30-06-2025	AO-009/23	30049064	520	5102	UN	100,00	1,1747	117,47	76,01	12,92	0,00	17,00	0,00
010.0487	NARCAN (NALOXONA) 0,4MG/NL INJ UB AMP 1ML (C1) Marca: CRISTALIA. MS: 10 29802830033. Valid: 01-05-2025	23050082	30044990	520	5102	UN	10,00	6,241	62,41	40,39	6,87	0,00	17,00	0,00
021.0192	CETOPROFENO (GEN) 50MG/ML INJ IM FR-A MP 2ML Marca: HIPOLABOR. MS: 1134301950 020. Valid: 31-07-2024	BG-034/22	30049029	520	5102	UN	500,00	1,96	980,00	634,16	107,81	0,00	17,00	0,00
022.0002	DICLOFARMA (DICLOFENACO SODICO) 25M G/ML INJ IM AMP 3ML Marca: FARMACE. MS : 1108500160039. Valid: 31-03-2025	DC23C04 0	30039047	120	5102	UN	300,00	1,0738	322,14	208,46	35,44	0,00	17,00	0,00
022.0007	HYCIMET (CIMETIDINA) 150MG/ML INJ IM/I V AMP 2ML Marca: HYPOFARMA. MS: 103870 0250029. Valid: 30-04-2025	23040341	30049062	020	5102	UN	200,00	1,31	262,00	169,54	28,82	0,00	17,00	0,00
022.0038	ETILEFRIL (ETILEFRINA) 10MG/ML INJ IM/I V/SC AMP 1ML Marca: UNIAO QUIMICA. MS: 1049712200019. Valid: 31-01-2025	2303764	30049067	520	5102	UN	30,00	1,578666 667	47,36	30,65	5,21	0,00	17,00	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

NR PROCESSO 505/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNIC SAUDE SMA. 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$: 774,16 Federal e 645,14 Estadual Fonte: IBPT 5oi7eW.

Tipo de Cobranca:Carteira
Representante:003511 - LILLIAN PEREIRA COSTA
Nr.Pedido: 136815
NR PROCESSO 505/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNIC SAUDE SMA.
504 - Aguardo C. Correção

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. 0047886 FL 2 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5223 0908 7749 0600 0175 5500 3000 0478 8618 6426 2084

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	152236671109119 05/09/2023 13:59:01

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
022.0056	KOLLAGENASE C/ CLORANFENICOL 0,6 U/G + 0,01G/G POM 30G Marca: CRISTALIA. MS: 1 029805050101. Valid: 02-05-2025	23050432	30049019	520	5102	UN	20,00	15,55	311,00	201,25	34,21	0,00	17,00	0,0
023.0009	AGUA PARA INJECAO 10ML SF Trib aprox : 60 Federal e 28,00 Estadual . Marca: EQUIPLEX. MS: 1.1772.0024.046-3. Valid: 18-06-2025	2331351	30049099	520	5102	UN	1.000,00	0,28	280,00	181,19	30,80	0,00	17,00	0,0
023.0015	GLICOSE 50% 10ML Trib aprox : 10,73 Federal e 8,94 Estadual . Marca: EQUIPLEX. MS: 1.1772.00 04.014-6. Valid: 06-06-2025	2331260	30049099	520	5102	UN	200,00	0,4472	89,44	57,88	9,84	0,00	17,00	0,0
023.0036	BICARBONATO DE SODIO 8,4% SOL INJ AMP 10 ML Trib aprox : 17,52 Federal e 14,60 Estadual . Marca: SAMTEC. MS: 1559200030059. Valid: -02-2025	BPG	30049099	020	5102	UN	200,00	0,73	146,00	94,48	16,06	0,00	17,00	0,0
023.0038	FISIOLOGICO 0,9% 250ML SF Trib aprox : 302,4 0 Federal e 252,00 Estadual . Marca: EQUIPLEX. MS: 1.1772.0001.040-9. Valid: 20-07-2025	2315222	30049099	520	5102	UN	600,00	4,20	2.520,00	1.630,69	277,22	0,00	17,00	0,0
023.0039	GLICOFISIOLOGICO 500ML SF 1X1 Trib aprox : 26,06 Federal e 21,72 Estadual . Marca: X. MS: 1.1772.0002.019-6. Valid: 22-06-2025	2314584	30049099	520	5102	UN	24,00	9,05	217,20	140,55	23,89	0,00	17,00	0,0
023.0107	FISIOLOGICO 0,9% 500ML SF FR Trib aprox : 3 56,83 Federal e 297,36 Estadual . Marca: X. MS: 1.1772.0001.035-2. Valid: 16-07-2025	2315164	30049099	520	5102	UN	504,00	5,90	2.973,60	1.924,19	327,11	0,00	17,00	0,0
023.0111	GLICERINA 12% 500ML FR SF C/SONDA Trib aprox : 27,01 Federal e 22,51 Estadual . Marca: EQ UIPLEX. MS: 1.1772.0010.004-1. Valid: 06-07- 5	2314920	30049099	020	5102	UN	24,00	9,38	225,12	145,68	24,77	0,00	17,00	0,0
040.0001	ALCOOL 70% FR 1L - ITAJA Marca: JALLES MACHADO. MS: 245500050014. Valid: 20-08- 5	23.234-70	38089419	020	5102	UN	72,00	5,07	365,04	236,22	40,16	0,00	17,00	0,0
040.0060	ZYMEDET GOLD (DETERGENTE ENZIMATIC O) 5L GL 5 ENZIMAS Marca: PROLINK. MS: 6100033. Valid: 01-07-2025	P23070036	35079019	520	5102	UN	1,00	64,47	64,47	41,72	7,09	0,00	17,00	0,0
051.0030	FARMACHEM (ACIDO GRAXO) 100ML ALMO TOLIA Marca: PROLINK. Valid: 01-01-2025	P23070104	15121919	520	5102	UN	8,00	2,37	18,96	12,27	2,09	0,00	17,00	0,0

```
05/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    15:44:48
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                  05/09/2023
NR. DOCUMENTO                 554.148.000.041.297
VALOR TOTAL                                 20,03
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA
AGENCIA: 4148-3          CONTA:          41.297-X
NR. DOCUMENTO                 553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO            F.C39.1D9.A09.6C4.A3B
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

RECEBEMOS DE SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO E DO PEDIDO 609889

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA

NF-e 000.245.411 001

Nº: 000.245.411 Série 001

SUPERMÉDICA
DISTRIBUIDORA HOSPITALAR

SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA
RUA C 159 N 686 QD 297 LT 09-18-19-20
JARDIM AMERICA
GOIANIA/GO - CEP: 74.255-140
Telefone: (62) 3928-8989

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.245.411
Série 001 Folha 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
5223 0906 0656 1400 0138 5500 1000 2454 1112 3247 5986

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 INTERNA	152236667750388 04/09/2023 15:14:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
106039750		06.065.614/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL / FANTASIA	C.N.P.J. / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE	27.949.878/0002-05	04/09/2023 15:14

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
AV PERNAMBUCO. N 219. QUADRA 19. SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76.590-000	04/09/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO	HORA DA SAIDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3911-9312	GO	ISENTO	

FAT / DUPL

001	04/09/2023	20,03

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
11,78	2,00	0,00	0,00	20,03

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	20,03

TRANSP. / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J. / C.P.F.
DF TRANSPORTES E LOGISTICA EIRELI	0				11.028.793/0002-54

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD BR153 S/NQUADRACH LOTE AREA KM 5-5	GOIANIA	GO	105862436

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1				1,000	1,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST/SN	CFOP	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0011500	REMOVEDOR ESPARADRAPO 500ML (ETER ETIL)(REMOVEX) |Desconto de desoneracao 0 | marcar RIOQUIMICA	2201408	31/05/2024	29094411	020	5.102	FR	1	0,00	20,03	0,00	20,03	11,78	2,00	0,00	17,00	0,00

CÁLCULO 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 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 . 2º do artigo 8º do anexo IX do RICMS/GO e artigo 85-A do RICMS/GO
PEDIDO 0609889 N NOTA 0247598 - Praca de Pagamento Aparecida de Goiania - Go. |DADOS BANCARIOS BANCO DO BRASIL, AG.4148-3 C/C 41.297-X Valor do IR. 0,00
PEDIDO 440975- NÚ DO PROCESSO 504/2023 - CONTRATO DE GESTAO159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. HMAA

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
11/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.33.17
3648X03648 SEGUNDA VIA 0004
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$ 275,00
DEBITO EM: 06/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090602
AUTENTICACAO SISBB: B.17E.F7C.951.6E6.4E5

NF-e
Nº. 000.001.401
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: 62982525761

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº. 000.001.401
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0937 0531 7600 0111 5500 1000 0014 0116 6720 5016
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	152236671569817 - 05/09/2023 16:01:23

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	05/09/2023
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		

PAGAMENTO
Forma **Depósito Bancário**
Valor **R$ 275,00**

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. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	275,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**V. ICMS UF DEST.**	**V. TOT. TRIB.**	**V. TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	145,06	275,00

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	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
48119010	PAPEL ECG 216MMX30M	48119010	0/102	5102	UNID	5,0000	55,0000	275,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL, nao gera direito a credito fiscal de IPI. CREDITO EM CONTA - BANCO INTER -077 AGENCIA 0001 CONTA 6409153-8 PIX CNPJ:37053176000111 PAGAMENTO A VISTA
Valor Aproximado dos Tributos : R$ 145,06

RESERVADO AO FISCO

RECEBEMOS DE HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: 05/09/2023 VALOR TOTAL: R$ 275,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - AVENIDA PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA ELIZIARIO Sao Miguel do Araguaia-GO

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

06/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:13:07
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 06/09/2023
NR. DOCUMENTO 554.148.000.041.297
VALOR TOTAL 2.114,38
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 41.297-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO 0.512.9F0.98C.889.EC3

RECEBEMOS DE SUPERMEDICA DISTRIB. HOSPITALAR LTDA, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS INDICADA AO LADO E DO PEDIDO 6 08940

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA

N° : 000.245.412 | Série 001

SUPERMÉDICA
DISTRIBUIDORA HOSPITALAR

SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA
RUA C 159 N 686 QD 297 LT 09-18-19-20
JARDIM AMERICA
GOIANIA/GO - CEP: 74.255-140
Telefone: (62) 3928-8989

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]
Nº 000.245.412
Série 001
Folha 1 de 2

CHAVE DE ACESSO
5223 0906 0656 1400 0138 5500 1000 2454 1212 3247 5991

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 INTERNA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152236667752120 04/09/2023 15:14:20

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
106039750		06.065.614/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

RAZÃO SOCIAL / FANTASIA	C.N.P.J. / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE	27.949.878/0002-05	04/09/2023 15:14

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
AV PERNAMBUCO. N 219. QUADRA 19. SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO	76.590-000	04/09/2023

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62) 3911-9312	GO	ISENTO	

FAT / DUPL

001	04/09/2023	2.114,38																

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.231,01	209,28	0,00	0,00	2.114,38

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	2.114,38

TRANSP. / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - EMITENTE, 1 - DESTINATÁRIO)	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J. / C.P.F.
DF TRANSPORTES E LOGISTICA EIRELI	0				11.028.793/0002-54

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ROD BR153 S/N QUADRACH LOTE AREA KM 5-5	GOIANIA	GO	105862436

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3				25,000	25,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST/SN	CFOP	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0012311	+ATADURA CREPE 15CMX1,80MT 13F C/12 | Desconto de desoneracao 0 | marca ANAPOLIS	A80523	31/07/2028	30059090	020	5.102	PCT	40	0,00	7,09	0,00	283,60	166,82	28,36	0,00	17,00	0,00
0015613	+ATADURA CREPE 20CMX1,80MT 13F C/12 | Desconto de desoneracao 0 | marca ANAPOLIS	A74823	31/07/2028	30059090	020	5.102	PCT	45	0,00	8,66	0,00	389,70	229,24	38,97	0,00	17,00	0,00
0012090	+CATETER NASAL P/OXIG. OCULOS ADL C/20 | Desconto de desoneracao 0 | marca EMBRAMED	2300022290	30/06/2026	90183929	020	5.102	PCT	3	0,00	27,45	0,00	82,35	48,44	8,23	0,00	17,00	0,00
0010188	+FITA P/AUTOCLAVE 19MMX30M |Desconto de desoneracao 0 | marca MASTERFIX	230307-14	31/03/2026	48114110	520	5.102	RL	1	0,00	3,84	0,00	3,84	2,26	0,38	0,00	17,00	0,00
0000361	+LENCOL DESC. 2MTX90CM C/10 (SOFT) (ELAST.NAS PONTAS) |Desconto de desoneracao 0 | marca ANADONA	405-23	31/05/2025	54071029	020	5.102	PCT	3	0,00	8,25	0,00	24,75	14,56	2,48	0,00	17,00	0,00
0010137	MASCARA C/RESERV ALTA CONC. ADL |Desconto de desoneracao 0 | marca DESCARPACK	SMCUAA002B	28/02/2027	90192010	220	5.102	UND	5	0,00	6,86	0,00	34,30	14,12	2,40	0,00	17,00	0,00
0018500	+SONDA URETRAL N.04 C/50 |Desconto de desoneracao 0 | marca MEDIX	23063	31/03/2028	90183999	020	5.102	PCT	1	0,00	37,85	0,00	37,85	15,58	2,65	0,00	17,00	0,00
0010613	BOBINA PAPEL/GRAU CIRURG.10X100(GRAU 60) | Desconto de desoneracao 0 | marca ZERMATT	31050	31/05/2026	48195000	520	5.102	ROLO	1	0,00	45,56	0,00	45,56	26,80	4,56	0,00	17,00	0,00
0001561	CAT GUT CROM. 0-0 C/AG 4,0 MR 1/2 C/24 ENV. | Desconto de desoneracao 0 | marca TECHNOFIO	27230649	30/06/2028	30061090	020	5.102	CX	1	0,00	91,06	0,00	91,06	53,56	9,11	0,00	17,00	0,00
0001564	CAT GUT CROM. 1-0 C/AG 4,0 MR 1/2 C/24 ENV. |	27230652	30/06/2028	30061090	020	5.102	CX	2	0,00	91,06	0,00	182,12	107,13	18,21	0,00	17,00	0,00

SUPERMÉDICA
DISTRIBUIDORA HOSPITALAR

SUPERMEDICA DISTRIB HOSPITALAR LTDA
RUA C 159 N 686 QD 297 LT 09-18-19-20
JARDIM AMERICA
GOIANIA/GO - CEP: 74.255-140
Telefone: (62) 3928-8989

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.245.412
Série 001
Folha 2 de 2

CHAVE DE ACESSO
5223 0906 0656 1400 0138 5500 1000 2454 1212 3247 5991

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 INTERNA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152236667752120 04/09/2023 15:14:20

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
106039750		06.065.614/0001-38

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

COD PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	LOTE	VALIDADE	NCM / SH	CST/SN	CFOP	UNID.	QUANT.	PMC	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CALC.ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
	Desconto de desoneracao 0 | marca TECHNOFIO																
0000036	CATGUT SIMP. 2-0 C/AG 4,0 MR 1/2 C/24 ENV. | Desconto de desoneracao 0 | marca TECHNOFIO	27230680	30/06/2028	30061090	020	5.102	CX	1	0,00	91,06	0,00	91,06	53,56	9,11	0,00	17,00	0,00
0001042	NYLON PRETO 2-0 C/AG 4,0 CT 3/8 45CM C/24 ENV. | Desconto de desoneracao 0 | marca SHALON	1370723075	31/07/2028	30061090	020	5.102	CX	4	0,00	50,45	0,00	201,80	118,71	20,18	0,00	17,00	0,00
0004812	NYLON PRETO 3-0 C/AG 2,0 MT 1/2 C/24 ENV. | Desconto de desoneracao 0 | marca TECHNOFIO	12230298	31/03/2028	30061090	020	5.102	CX	6	0,00	28,22	0,00	169,32	99,60	16,93	0,00	17,00	0,00
0001062	NYLON PRETO 4-0 C/AG 4,0 CT 3/8 C/24 ENV. | Desconto de desoneracao 0 | marca SHALON	1350723054	31/07/2028	30061090	020	5.102	CX	2	0,00	50,45	0,00	100,90	59,35	10,09	0,00	17,00	0,00
0001097	POLIGLACTINA 0-0 C/AG 4,0 MR 1/2 70CM (910) C/36 ENV. |Desconto de desoneracao 0 | marca SHALON	3280823133	31/08/2026	30061090	020	5.102	CX	1	0,00	262,02	0,00	262,02	154,13	26,20	0,00	17,00	0,00
0010203	SACO DE LIXO HOSP. BRANCO INFECT. 50LT C/100 | Desconto de desoneracao 0 | marca RAVA	04052320	31/05/2033	39232190	020	5.102	PCT	5	0,00	22,83	0,00	114,15	67,15	11,42	0,00	17,00	0,00

CÁLC. 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 LÍCITA E AUTÊNTICA, EM CONFORMIDADE COM O ART. 7º DA RDC 430 DE 08 DE OUTUBRO DE 2020".
A SUPERMEDICA Nº O AUTORIZA NENHUM DE SEUS REPRESENTANTES A RECEBER QUALQUER VALOR.
Reducao BC do ICMS conforme inciso LVII do artigo 8º do anexo IX do RICMS/GO TARE 335/2018 Reducao BC do ICMS conforme. 2º do artigo 8º do anexo IX do RICMS/GO e artigo 85-A do RICMS/GO
PEDIDO 060940 N NOTA 0247599 - Praca de Pagamento Aparecida de Goiania - Go. |DADOS BANCARIOS BANCO DO BRASIL, AG.4148-3 C/C 41.297-X Valor do IR. 0,00
PEDIDO 440967 - Nº DO PROCESSO 505/2023 - CONTRATO DE GESTAO159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. HMAA

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.55.02
3648X03648 SEGUNDA VIA 0005
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: 22.795.991-4

FAVORECIDO: ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS
CPF/CNPJ: 38.312.083/0001-27
VALOR: R$ 2.051,04
DEBITO EM: 11/09/2023
==========
DOCUMENTO: 091103
AUTENTICACAO SISBB: 7.A0F.EC5.07D.BE1.917

RECEBEMOS DE ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO: 06/09/2023 - DEST. / REM.: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - VALOR TOTAL: R$ 2.051,04

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000001441
SÉRIE 001

IDENTIFICAÇAO DO EMITENTE

ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS HOSPITALARES LTDA

ROD ERNANI DO AMARAL PEIXOTO, 31430 QUADRAAR F LOTE 0000000007 - MARQUES DE MARICA - CEP:24904-585 - MARICA - RJ
TEL: (21)9847-3337
comercial@ultramedi.com.br

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000001441 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3323 0938 3120 8300 0127 5500 1000 0014 4116 6984 8115

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 USUARIO FINAL	333230193709814 08/09/2023 11:35:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
11810624		38.312.083/0001-27

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS				27.949.878/0002-05	06/09/2023
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
AV PERNAMBUCO, 219 QUADRA19	SALA DA DIRETORIA	ELIZIARIO		76590-000	06/09/2023
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62)3911-9312	GO			15:42:22

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	86,14	2.051,04
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	2.051,04

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN / CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
2207	FIO CIR ALGODÃO POLIESTER 2-0	30061090	0102	6102	UN	24,00	8,82	211,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2208	FIO CIR NYLON N.0 AG 4,0CM CIL 1/2 70CM SHALON	30061090	0102	6102	UN	48,00	18,82	903,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2209	FIO SUTURA POLIGLACTINA 910 APARELHO DIGESTIVO SHALON	30061090	0102	6102	UN	36,00	26,00	936,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Não há incidência de FECP nesta venda. ORDEMD E COMPRA: 440972 Nº DO PROCESSO 505/2023 - CONTRATO DE GESTÃO159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA MD5 : C212618357429D0628DA57D8957DAB5C DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI Valor aproximado dos impostos por esfera: FED.: 86,14 Est.: 0,00 Mun.: 0,00	

```
12/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    16:29:03
364803648           SEGUNDA VIA                0007
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X           CONTA:          43.826-X
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                   12/09/2023
NR. DOCUMENTO                 554.148.000.033.339
VALOR TOTAL                                1.952,46
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA
AGENCIA: 4148-3           CONTA:          33.339-5
NR. DOCUMENTO                 553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO            4.B83.900.534.7C1.A8D
```

Transação efetuada com sucesso por: JH075454 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

RECEBEMOS DE **HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA EPP** OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		**NF-e Nº. 0047926 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. 0047926 FL 1 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5223 0908 7749 0600 0175 5500 3000 0479 2612 6651 0561

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		152236672112783 05/09/2023 17:54:43
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	05/09/2023
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	05/09/2023	1.952,46						

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
1.263,44	214,78	0,00	0,00	1.952,46

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.952,46

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	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
14,00	CAIXA	HOSPDROGAS		87,001	87,001

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
022.0204	ESCOVA C/ CLOREXIDINA (CHLORCLEAR 2 %) 22ML Marca: VIC PHARMA. MS: NOT. SIM PLIFICADA. Valid: 08-05-2026	M34486	30039099	020	5102	UN	48,00	2,05	98,40	63,67	10,82	0,00	17,00	0,00
030.0346	ESPARADRAPO IMPERMEAVEL BRANCO 10 CMX4,5M RL PROCITEX Marca: CREMER. M S: 80245219059. Valid: 23-01-2025	0063304A	30051030	020	5102	UN	55,00	7,12	391,60	253,40	43,08	0,00	17,00	0,00
030.0534	EQUIPO MACRO C/FIL INJ LATERAL LUER S LIP COMPLETO PVC Marca: MEDIX. MS: 8049 5510033. Valid: 30-04-2027	20220410	90189010	620	5102	UN	1.000,00	0,60	600,00	388,28	66,01	0,00	17,00	0,00
030.0544	SERINGA 10ML C/AG 25x7 LUER SLIP Trib apr ox : 47,25 Estadual . Marca: SR. MS: Valid: 31-12-2027	J2169	90183119	120	5102	UN	1.750,00	0,27	472,50	305,75	51,98	0,00	17,00	0,00
030.0829	CAIXA COLETORA PERFUROCORTANTE 20 L ECOLOGIC Marca: FLEXPELL. MS: 8070457 0003. Valid: 01-06-2028	LC241011 0C	48191000	020	5102	UN	20,00	5,06	101,20	65,49	11,13	0,00	17,00	0,00
030.1609	AGULHA HIPODERMICA 20X5,5 (24G X 3/4) U N Marca: MEDIX. Valid: 01-10-2027	221029.	90183219	120	5102	UN	200,00	0,0688	13,76	8,90	1,51	0,00	17,00	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

NR PROCESSO 505/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNIC SAUDE SMA. 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$: 47,25 Estadual Fonte: IBPT 5oi7eW.

Tipo de Cobranca:Carteira
Representante:003511 - LILLIAN PEREIRA COSTA
Nr.Pedido: 136809
NR PROCESSO 505/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 FUNDO MUNIC SAUDE SMA.

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. 0047926 FL 2 / 2
SÉRIE 3

CHAVE DE ACESSO
5223 0908 7749 0600 0175 5500 3000 0479 2612 6651 0561

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		152236672112783 05/09/2023 17:54:43
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	ALIQUOTAS	
													ICMS	IPI
030.1746	LUVA PROCEDIMENTO LATEX C/PO TAM P UN Marca: MEDICAL SYSTEM. Valid: 01-01-2028	TEC02301 AC	40151900	120	5102	UN	2.500,00	0,11	275,00	177,95	30,25	0,00	17,00	0,0

13/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:11:16
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 13/09/2023
NR. DOCUMENTO 553.659.000.058.268
VALOR TOTAL 1.261,88
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: HOSPTECH S P SAUDE EIRELI
AGENCIA: 3659-5 CONTA: 58.268-9
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO 5.0F4.370.019.161.B20

HOSPTECH SERVICOS PARA SAUDE EIRELI

HOSPTECH

RUA 0207, 423, QD. 34 LT. 01 SALA 04 - SETOR LESTE VILA NOVA - GOIANIA - GO - CEP: 74640-110
Fone: (62)3088-2080

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.003.318
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0926 7367 4700 0104 5500 1000 0033 1819 6841 0580

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS	152236667893564 04/09/2023 15:47:25

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ / CPF
107265230		26.736.747/0001-04

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05		04/09/2023
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
AV PERNAMBUCO, 219 QD 19 SALA DA DIRETORIA		ELIZIARIO		76590-000	04/09/2023
MUNICÍPIO	UF	TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO				15:47:24

PARCELAS

Número	5413-01/01/1
Vencimento	02/10/2023
Valor	R$ 1.261,88

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
816,52	138,80	0,00	0,00	167,70 (13,29 %)	1.261,88

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.261,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. % ICMS	ALÍQ. % IPI
1698	ACIDO URICO (URICOSTAT ENZIMATICO) Lote: 2207498920 Val: 30/12/23 Fabric: 27/07/22	38220090	020	5102	KT	1,0	93,7400	0,00	93,74	60,66	10,31	0,00	17,00	0,00
003943	TESTE RAPIDO DENGUE NS1 Lote: 23F001 Val: 31/12/24 Fabric: 31/12/22 Val Aprox Tributos: 76,35 (25,45%)	38221200	020	5102	CX	2,0	150,0000	0,00	300,00	194,12	33,00	0,00	17,00	0,00
000034	PCR LATEX Lote: 23C065 Val: 28/02/25 Fabric: 28/02/22 Val Aprox Tributos: 91,35 (30,45%)	30021229	020	5102	KT	10,0	30,0000	0,00	300,00	194,12	33,00	0,00	17,00	0,00
84	OLEO DE IMERSAO Lote: 22020295 Val: 22/02/24 Fabric: 22/02/22	38220090	020	5102	FR	2,0	16,0000	0,00	32,00	20,71	3,52	0,00	17,00	0,00
1703	TRIGLICERIDEOS (TG-P) COLOR GPO/PAP Lote: 2210513170 Val: 30/04/24 Fabric: 31/10/22	38220090	020	5102	KT	1,0	307,4600	0,00	307,46	198,94	33,82	0,00	17,00	0,00
275	CALIBRADOR A PLUS Lote: 2208500700 Val: 30/07/24 Fabric: 19/08/22	38220090	020	5102	KT	2,0	114,3400	0,00	228,68	147,97	25,15	0,00	17,00	0,00

Recebido dia 11/09/2023

Dra. Jaqueline Pereira
Diretora
CRFA-GO 9488

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
REDUÇÃO DE BASE DE CÁLCULO CONF. ART. 8º, VIII DO ANEXO IX DO RCTE Trib aprox R$ 80,70 Federal e 87,00 Estadual Fonte: IBPT Vendedor: 26 - HIVY nº proposta :1540075 nº processo 492/2023	

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 04/09/2023 15:47:26

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3381815530751731
18/09/2023 16:00:38

18/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:00:38
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10493583831300010004300006592893694770000528000
BENEFICIARIO:
DP ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E
NOME FANTASIA:
DP ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E SERV
CNPJ: 15.285.501/0001-39
BENEFICIARIO FINAL:
DP ASSESSORIA ADMINISTRATIVA E SERV
CNPJ: 15.285.501/0001-39
PAGADOR:
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	91.801
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2023
DATA DO PAGAMENTO	18/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO	5.280,00
VALOR COBRADO	5.280,00

==========

NR.AUTENTICACAO A.889.9AE.0DB.909.77D

==========

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.

CAIXA | 104-0 | 10493.58383 13000.100043 00006.592893 6 94770000528000

Local de Pagamento
Preferencialmente nas lotericas

Beneficiário
DP ASSESSORIA ADM E SER EMPRESARIAS LTDA - 15.285.501/0001-39

Data do Documento	Número do Documento		Espécie de Documento	Aceite	Data Processamebto
18/08/2023	000065928		DM	Não	18/08/2023
Uso do Banco	CIP	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor
		02/SR	R$	001	

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
- Senhor(a) caixa NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO
- O acordo será cancelado caso não haja o pagamento de qualquer uma das parcelas
- Reembolsável HOSPDROGAS COMERCIAL -FARMAPLEX
- O não pagamento até o vencimento implicará em multa de 5% e juros de 7,5% ao mês.

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

CEF

Vencimento: 18/09/2023
Agência / Cod. Beneficiário: 0268 / 358381-3
Nosso Número: 14/0000000000659288
1 (=) Valor do Documento: R$ 5.280,00
2 (-) Desconto / Abatimento
3 (-) Outras Deduções
4 (+) Mora / Multa
5 (+) Outros Acréscimos
6 (=) Valor Cobrado

Autenticação Mecânica - Recibo do Pagador

Pagador / Avalista
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
AV PERNAMBUCO - 219 - QD 19 SL DIRETORIA - CEP: 76590000
ELIZIARIO - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

CAIXA | 104-0 | 10493.58383 13000.100043 00006.592893 6 94770000528000

Local de Pagamento
Preferencialmente nas lotericas

Beneficiário
DP ASSESSORIA ADM E SER EMPRESARIAS LTDA - 15.285.501/0001-39

Data do Documento	Número do Documento		Espécie de Documento	Aceite	Data Processamebto
18/08/2023	000065928		DM	Não	18/08/2023
Uso do Banco	CIP	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor
		02/SR	R$	001	

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário)
- Senhor(a) caixa NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO
- O acordo será cancelado caso não haja o pagamento de qualquer uma das parcelas
- Reembolsável HOSPDROGAS COMERCIAL -FARMAPLEX
- O não pagamento até o vencimento implicará em multa de 5% e juros de 7,5% ao mês.

Vencimento: 18/09/2023
Agência / Cod. Beneficiário: 0268 / 358381-3
Nosso Número: 14/0000000000659288
1 (=)Valor do Documento: R$ 5.280,00
2 (-)Desconto / Abatimento
3 (-)Outras Deduções
4 (+)Mora / Multa
5 (+)Outros Acréscimos
6 (=)Valor Cobrado

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

Pagador / Avalista
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
AV PERNAMBUCO - 219 - QD 19 SL DIRETORIA - CEP: 76590000
ELIZIARIO - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

TERMO DE ACORDO E QUITAÇÃO

Pelo presente termo, **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE** devidamente inscrito no CNPJ/CPF sob o nº **27.949.878/0002-05** e **HOSPDROGAS COMERCIAL -FARMAPLEX**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrito no CNPJ/CPF sob o nº **08.774.906/0001-75**, neste ato representado por seu bastante procurador o advogado Dr. Sebastião Ferreira Dias, inscrito na OAB/SP nº 263.705, que esta subscreve, resolvem:

Cláusula I – Consta (am) inadimplido(os) o(s) título(os) conforme planilha abaixo:

Tipo Doc.	Nº Doc.	Situação	Vencimento	Valor (R$)	Saldo (R$)
DUPLICATA	33325/1	ABERTO	17/02/2023	7.512,60	7.512,60
DUPLICATA	33340/1	ABERTO	17/02/2023	1.898,01	1.898,01
DUPLICATA	33471/1	ABERTO	22/02/2023	777,00	777,00
DUPLICATA	34351/1	ABERTO	09/03/2023	18.446,40	18.446,40
DUPLICATA	34367/1	ABERTO	10/03/2023	5.555,86	5.555,86

Clausula II – Fica acordado, neste ato, que o devedor, **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**, pagará à empresa **HOSPDROGAS COMERCIAL -FARMAPLEX** o valor de **R$ 48.020,00** (quarenta e oito mil e vinte reais).

Conforme os valores e vencimentos abaixo

Parcela	Valor (R$)	Vencimento
1	500,00	31/07/2023
2	5.280,00	18/08/2023
3	5.280,00	18/09/2023
4	5.280,00	19/10/2023
5	5.280,00	19/11/2023
6	5.280,00	19/12/2023
7	5.280,00	19/01/2024
8	5.280,00	19/02/2024
9	5.280,00	19/03/2024
10	5.280,00	19/04/2024

Através de boleto nominal à empresa **DP ASSESSORIA ADM. E SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA**, ou depósito na conta corrente: **Banco Bradesco, Ag. 0091, C/C 0426430-4** valores reembolsáveis à empresa e **HOSPDROGAS COMERCIAL -FARMAPLEX**

O inadimplemento de qualquer das parcelas acarretará o vencimento antecipado das demais, acrescidas de multa de 10% (dez por cento) sobre o saldo devedor e juros de 0,15 (zero ponto quinze por cento) ao dia mais correção monetária, sem prejuízo das custas e honorários advocatícios, fixados em 20% (vinte por cento).

Cláusula III – A obrigação dar-se-á por cumprida mediante quitação dos boletos em sua totalidade, comprovante dos depósitos bancários, e ou compensação dos cheques conforme cláusula acima, cabendo à devedora arcar com eventuais despesas de custas e emolumentos relacionados junto aos Cartórios de Protestos.

Clausula IV – Para efetivação do feito este acordo deverá ser assinado pelas partes, apontando o nome e **CPF do representante legal da empresa e mais 02 (duas) testemunhas, autorizando emissão de boletos conforme cláusula II deste Termo , ou confirmado com aceite via mensagem eletrônica, para que surta seus efeitos legais**.

São Paulo, 31 de Julho de 2023

HOSPDROGAS COMERCIAL -FARMAPLEX
08.774.906/0001-75

WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR:00469540150

Assinado de forma digital por WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR:00469540150
Dados: 2023.07.31 16:44:09 -03'00'

INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE
27.949.878/0002-05

Testemunha

Testemunha

27/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 14:41:04
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 27/09/2023
NR. DOCUMENTO 554.148.000.041.297
VALOR TOTAL 6.117,73
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA
AGENCIA: 4148-3 CONTA: 41.297-X
NR. DOCUMENTO 553.648.000.043.826
==========
NR.AUTENTICACAO 6.D28.231.E45.D63.850

Valor: R$ 68.544,64
PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Execução -> Execução de Título Extrajudicial -> Execução de Título Extrajudicial
APARECIDA DE GOIÂNIA - UPJ DAS VARAS CÍVEIS
Usuário: LAILSON SILVA MATTA - Data: 02/06/2023 10:31:43

SANTIAGO, DE PAULA & LIMA
ADVOGADOS

AO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE APARECIDA DE GOIÂNIA/GO.

Ação Judicial	: EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL (DUPLICATAS)
Autos nº	: 5172839-81.2023.8.09.0011
Promovente	: SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI,
Promovido	: INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS

SUPERMÉDICA
DISTRIBUIDORA HOSPITALAR

Rua C-159, Q 297, Nº686 - Jardim América, Goiânia - GO, 74255-140. Fone: (62) 3928-8989. WhatsApp: +55 62 8221-3997

SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI e **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS** devidamente qualificados nos autos da ação em epígrafe, vêm, com o devido e habitual acatamento, perante Vossa Excelência, por intermédio dos seus advogados, devidamente habilitados e com poderes para transigir, formalizar **TRANSAÇÃO**, e, requerendo, desde já, que seja declarada suspensa a execução durante o prazo de 04 (quatro) meses, nos moldes do art. 922, do CPC e da Súmula 65, do TJGO, conforme cláusulas e condições a seguir dispostas:

@ contato@splaadvogados.com.br
62 3928-8989
www.splaadvogados.com.br
@splaadvogados
Goiânia/GO - Av. Universitária, nº 886 - Setor Universitário

Lailson Silva Matta
Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.05.30 14:32:44 -03'00'

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 31/05/2023 03:37:04
Assinado por RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA:01955980160
Localizar pelo código: 109787615432563873224489459, no endereço: https://projudi.tjgo.jus.br/p

Valor: R$ 68.544,64
PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Execução -> Execução de Título Extrajudicial -> Execução de Título Extrajudicial
APARECIDA DE GOIÂNIA - UPJ DAS VARAS CÍVEIS
Usuário: LAILSON SILVA MATTA - Data: 02/06/2023 10:31:43

SANTIAGO, DE PAULA & LIMA
ADVOGADOS

CLÁUSULA PRIMEIRA: A Promovida pagará à parte Promovente, o valor de **R$ R$ 80.424,40 (oitenta mil quatrocentos e vinte e quatro reais e quarenta centavos),** a título de quitação integral da dívida debatida nestes autos, acrescido de honorários advocatícios e custas processuais, cujo pagamento será realizado da seguinte forma:

a. **ENTRADA - PAGAMENTO ATÉ O DIA 02/06/2023,** no valor de **R$ 3.058,87 (três mil cinquenta e oito reais e oitenta e sete centavos)**, referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38.

b. **ENTRADA - PAGAMENTO ATÉ O DIA 02/06/2023,** no valor de **R$ 3.505,82 (três mil quinhentos e cinco reais e oitenta e dois centavos)**, referente aos honorários advocatícios, através de transferência bancária na Agência 4373, Conta Corrente 99572-1, Banco Itaú, de titularidade do SANTIAGO, DE PAULA E LIMA ADVOGADOS, CNPJ n° 50.692.471/0001-86.

c. **PARCELA 01 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/06/2023,** no valor de **R$ 3.058,86 (três mil cinquenta e oito reais e oitenta e seis centavos)**, referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38.

d. **PARCELA 01 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/06/2023,** no valor de **R$ 3.505,82 (três mil quinhentos e cinco reais e oitenta e dois centavos)** referente aos honorários advocatícios, através de transferência bancária na Agência 4373, Conta Corrente 99572-1, Banco Itaú, de titularidade do SANTIAGO, DE PAULA E LIMA ADVOGADOS, CNPJ n° 50.692.471/0001-86.

e. **PARCELA 02 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/07/2023,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos)**, referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 01 (uma) carta de anuência, referente ao título extrajudicial (duplicata) nº F-201860/2.**

f. **PARCELA 03 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/08/2023,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos)**, referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 02 (duas) cartas de anuência, referente aos títulos extrajudiciais (duplicatas) nº F-201861/2 e F-201862/2.**

g. **PARCELA 04 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/09/2023,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 02 (duas) cartas de anuência, referente aos títulos extrajudiciais (duplicatas) nº F-206670/1 e F-20670/2.**

@ contato@eplatvogados.com.br
(62) 3603-4500
www.eplatvogados.com.br
eplatvogados
Goiânia/GO - Av. Universitária nº 86 - Setor Universitário

Lailson Silva Matta
Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.05.30 14:32:19 -03'00'

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 31/05/2023 03:37:04
Assinado por RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA:01955980160
Localizar pelo código: 109787615432563873224489459, no endereço: https://projudi.tjgo.jus.br/p

Valor: R$ 68.544,64
PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Execução -> Execução de Título Extrajudicial -> Execução de Título Extrajudicial
APARECIDA DE GOIÂNIA - UPJ DAS VARAS CÍVEIS
Usuário: LAILSON SILVA MATTA - Data: 02/06/2023 10:31:43

h. **PARCELA 05 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/10/2023,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 01 (uma) carta de anuência, referente ao título extrajudicial (duplicata) nº F-206671/1.**

i. **PARCELA 06 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/11/2023,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 01 (uma) carta de anuência, referente ao título extrajudicial (duplicata) nº F-206671/2.**

j. **PARCELA 07 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/12/2023,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38.

k. **PARCELA 08 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/01/2024,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 01 (uma) carta de anuência, referente ao título extrajudicial (duplicata) nº F-206672/1.**

l. **PARCELA 09 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/02/2024,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 01 (uma) carta de anuência, referente ao título extrajudicial (duplicata) nº F-206672/2.**

m. **PARCELA 10 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/03/2024,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38.

n. **PARCELA 11 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/04/2024,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 01 (uma) carta de anuência, referente ao título extrajudicial (duplicata) nº F-209579/1.**

o. **PARCELA 12 - PAGAMENTO ATÉ O DIA 28/05/2024,** no valor de **R$ 6.117,73 (seis mil cento e dezessete reais e setenta e três centavos),** referente ao débito atualizado, através de transferência bancária na Agência n° 4148-3, Conta Corrente n° 41.297-X, Banco do Brasil, de titularidade da SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI, CNPJ n° 06.065.614/0001-38, **com liberação de 03 (três) cartas de anuência, referente aos títulos extrajudiciais (duplicatas) nº F-209825/1, F-209884-1 e F-209886/1.**

contatos@spladvogados.com.br
05 3601-3601
www.spladvogados.com.br
@spladvogados
Goiânia/GO - Av. Universitária, nº 1069 - Leste Universitário

Lailson Silva Matta
Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.05.30 14:31:53 -03'00'

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 31/05/2023 03:37:04
Assinado por RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA:01955980160
Localizar pelo código: 109787615432563873224489459, no endereço: https://projudi.tjgo.jus.br/p

Valor: R$ 68.544,64
PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Execução -> Execução de Título Extrajudicial -> Execução de Título Extrajudicial
APARECIDA DE GOIÂNIA - UPJ DAS VARAS CÍVEIS
Usuário: LAILSON SILVA MATTA - Data: 02/06/2023 10:31:43

SANTIAGO, DE PAULA & LIMA
ADVOGADOS

CLÁUSULA SEGUNDA: Em caso de descumprimento deste acordo judicial, implicará em vencimento antecipado das parcelas vincendas, e incidência de multa em 20% (vinte por cento) sobre o valor total da dívida inandiplida.

CLÁUSULA TERCEIRA: O cumprimento das obrigações previstas na Cláusula Primeira deste Termo de Transação dará ensejo à quitação integral da presente demanda e acarretará na **extinção do processo nº. 5172839-81.2023.8.09.0011,** com fulcro no artigo 487, inciso III do Código de Processo Civil.

CLÁUSULA QUARTA: Uma vez integralmente cumprida as obrigações constante da Cláusula Primeira, a parte Exequente, empresa **SUPERMÉDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI,** dará a mais ampla, plena, total e geral quitação ao **INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE - IAGS,** relativamente a todos os pedidos objetos do Processo **n°. 5172839-81.2023.8.09.0011,** danos materiais e morais, juros, multas, acessórios, despesas judiciais e processuais, honorários advocatícios e quaisquer cláusulas penais e afins, para mais nada reclamar, em juízo ou fora dele, quanto a presente demanda ou seus objetos, **COM EXCEÇÃO DAS DESPESAS PARA RETIRADA DOS PROTESTOS** em cartórios, pois estas ficarão ao encargo da Promovida, bem como, no caso de houver, do pagamento das **CUSTAS FINAIS REMANESCENTE**, que desde já, a Promovida requer sua **isenção, com base no art. 90,§ 3°, do CPC.**

CLÁUSULA QUINTA: As partes renunciam ao prazo para a interposição de qualquer recurso, assegurando que este acordo não gera nova ação, passando este a produzir seus efeitos legais logo receba a chancela do Poder Judiciário, ressalvando-se a possibilidade de anulação, a qualquer tempo, na hipótese de

@ contato@spladvogados.com.br
(62) 3581-3301
www.spladvogados.com.br
@spladvogados
Goiânia/GO - Av. Universitária, nº 80 - Setor Universitário

Lailson Silva Matta
Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.05.30 14:31:26 -03'00'

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 31/05/2023 03:37:04
Assinado por RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA:01955980160
Localizar pelo código: 109787615432563873224489459, no endereço: https://projudi.tjgo.jus.br/p

Valor: R$ 68.544,64
PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO -> Processo de Execução -> Execução de Título Extrajudicial -> Execução de Título Extrajudicial
APARECIDA DE GOIÂNIA - UPJ DAS VARAS CÍVEIS
Usuário: LAILSON SILVA MATTA - Data: 02/06/2023 10:31:43

SANTIAGO, DE PAULA & LIMA
ADVOGADOS

constatação de fraude, bem como o direito de interposição de recursos com o fim de sanar eventuais omissões, contradições e/ou obscuridades na respeitável decisão homologatória do presente Termo de Transação.

CLÁUSULA SEXTA: Assim, estando as partes justas e acordadas, sem nenhuma ressalva e oposição, ou qualquer vício jurídico, ratificam o inteiro teor deste Termo de Transação, que representa a real manifestação de suas vontades, firmando-o em 02 (duas) vias de igual teor e forma, valendo para todos os efeitos legais, para que seja devidamente homologado por Sentença em juízo e, por conseguinte, **seja extinto o Processo n°. 5172839-81.2023.8.09.0011** com resolução de mérito, teor das disposições do artigo 487, III, b, do Código de Processo Civil, observado o disposto no art. 922, do CPC e na Súmula 65, do TJGO.

Pede e espera deferimento.

Goiânia, 29.05.2023

RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA:01955980160

Assinado de forma digital por RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA:01955980160
Dados: 2023.05.31 03:30:53 -03'00'

RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA
ADVOGADO DA PARTE PROMOVENTE – OAB/GO 43.134

Lailson Silva Matta

Assinado de forma digital por Lailson Silva Matta
Dados: 2023.05.30 14:30:57 -03'00'

LAILSON SILVA MATTA
ADVOGADO DA PARTE PROMOVIDA – OAB/GO 21.866

@ contato@splaadvogados.com.br
www.splaadvogados.com.br
spl_advogados
Goiânia/GO - Av. Universitária, nº86 - Setor Universitário

Tribunal de Justiça do Estado de Goiás
Documento Assinado e Publicado Digitalmente em 31/05/2023 03:37:04
Assinado por RODRIGO SANTIAGO SOUSA DE PAULA:01955980160
Localizar pelo código: 109787615432563873224489459, no endereço: https://projudi.tjgo.jus.br/p

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G338270922387128 1
27/09/2023 09:25:32

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.32
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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$ 2.215,95
DEBITO EM: 26/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092601
AUTENTICACAO SISBB: 9.FFA.BA8.71A.83E.B90

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 0336-4207

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.189
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0930 2286 6800 0151 5500 1000 2321 8912 3218 9126

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		152236674904130 06/09/2023 14:22:19
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	06/09/2023
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AV PERNAMBUCO, 219 - -		ELIZIARIO	76590-000	06/09/2023
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			14:22:16

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	2.215,95

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIB	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,44	2.215,95

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	V APROX TRIBUTOS
7896083800247	AGUA SANITARIA Q-BOA 5LT	28289011	0102	5102	UN	10	23,75	237,50	0,00	0,00		0,00
7896360400375	DESINF. ZUPP CHA DE FRESCOR 2L	38089419	0102	5102	UN	15	8,90	133,50	0,00	0,00		0,00
7898247332113	LAVA LOUCAS OESTE CLEAN 500ML	34022000	0102	5102	UN	15	2,45	36,75	0,00	0,00		0,00
7896001004511	ESPONJA BRILHUS MULTIUSO UNITARIA	68053090	0102	5102	UN	15	1,00	15,00	0,00	0,00		0,00
7894650003787	INSETICIDA BAYGON ACAO TOTAL 360ML	38089119	0102	5102	UN	10	16,95	169,50	0,00	0,00		0,00
7896098863688	LUVA LATEX AMAR FOR. M MUCAMBO PR	40151900	0102	5102	UN	10	9,90	99,00	0,00	0,00		0,00
7896061917295	PAPEL HIG FD SUBLIME SOFTYS L12P11 30MT	48181000	0102	5102	UN	20	26,00	520,00	0,00	0,00		0,00
7898111488892	RODO MADEIRA PARAFUSADO 60CM 2 BOR	96039000	0102	5102	UN	3	28,00	84,00	0,00	0,00		0,00
7898968878129	SACO LIXO 100L PURACASA ROLO AZUL	39232190	0102	5102	UN	10	16,95	169,50	0,00	0,00		0,00
7898968878112	SACO LIXO 015L PURACASA ROLO AZUL	39232190	0102	5102	UN	10	12,30	123,00	0,00	0,00		0,00
7898968878082	SACO LIXO 030L PURACASA ROLO AZUL	39232190	0102	5102	UN	10	11,95	119,50	0,00	0,00		0,00
7898968878051	SACO LIXO 050L PURACASA ROLO PTO	39232190	0102	5102	UN	10	16,60	166,00	0,00	0,00		0,00
7896098909959	SABAO PO TIXAN YPE PRIM CT 1,6KG GT80	34025000	0102	5102	UN	10	23,90	239,00	0,00	0,00		0,00
7891035800214	MULTIUSO VEJA GOLD 500ML	34025000	0102	5102	UN	10	6,90	69,00	0,00	0,00		22,25
9991	VASSOURA DE PALHA	99999999	0102	5102	UN	1	14,95	14,95	0,00	0,00		4,82
7891055006771	VASSOURA CONDOR VARRE MUITO	96039000	0102	5102	UN	1	19,75	19,75	0,00	0,00		6,37

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 502/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018 SECRETARIA 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 11/09/23

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.189 EMISSÃO 06/09/2023 VALOR TOTAL 2.215,95 DESTINATARIO 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 232.189 SÉRIE 1

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://alcance.07digital.com.br/virtualdoc/publicValidar assinatura anexo informando o código A365.e.o código verificador 555

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 14.10.25
3648X03648 SEGUNDA VIA 0004
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$ 3.160,00
DEBITO EM: 01/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090105
AUTENTICACAO SISBB: 0.264.27E.E7F.D60.644

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
(00) 6233-6417

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

127
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0808 2523 9400 0187 5500 1000 0001 2710 0012 7118

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 -		152236645661580 29/08/2023 08:08:39
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 ALCANSE GESTAO EM SAUDE				27.949.878/0002-05	29/08/2023
ENDEREÇO		**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA PERNANBUCO QUADRA 19, 219 - -		ELIZIARIO		76590-000	29/08/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**		**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO				08:08:29

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	3.160.00

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	981,52	3.160,00

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.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
2100000000054	KIT FEIJOADA	16010000	0102	5102	UN	4	20,00	80,00	0.00	0.00		12.85
2100000000055	CARNE PALOMA	02102000	0102	5102	KG	54	35.00	1.890.00	0.00	0.00		594.41
2	CARNE DE SEGUNDA	99999900	0102	5102	KG	35	34.00	1.190.00	0.00	0.00		374.26

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Operador=MARIA ODETE F.AZEVEDO INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: OPERADOR:00167583158 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. Matricula: PROCESSO 515\2023 CONTRATO DE GESTAO 159\2018 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SMA. AGENCIA 914 CONTA CORRENTE 54264-6 CNPJ 08.252394\0001-87BANCO SICREDI	Ana Clara Viana Nutricionista CRN/1 Nº 22637/P 29/08/23 .

RECEBEMOS DE MARIA ODETE F. FARIA AZEVEDO - ME OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 127 EMISSÃO: 29/08/2023 VALOR TOTAL 3.160,00 DESTINATÁRIO: INSTITUTO ALCANSE GESTAO EM SAUDE - AVENIDA PERNANBUCO QUADRA 19, 219, ELIZIARIO, 76590-000-SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO		NF-e 127 SÉRIE 1
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2023 -      AUTOATENDIMENTO       - 14.10.25
3648X03648          SEGUNDA VIA                0003
            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$                                2.134,95
DEBITO EM: 01/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 090107
AUTENTICACAO SISBB:         1.62A.E92.531.EA9.5D2
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

EXPAND TECNOLOGIA E INFORMATICA LTDA

RECEBEMOS DE 'ROGERIO DOS SANTOS ROQUE - ME' OS PRODUTO(S) CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO	Valor: 2.134,95 Nº Fat:	NF-e N: 000001222 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 OESTE
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO
CEP: 76590-000
Fone: (62) 3364-1730

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

No: 000001222
Série: 1
Folha(s): 1 /1

Chave de Acesso: 5223 0815 3734 7100 0101 5500 1000 0012 2210 0009 1579

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: 152216647185181 29/08/2023 16:08:07

521153/347300010100011290044

NATUREZA DA OPERAÇÃO		CNPJ	
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS		15.373.473/0001-01	
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO		
105310042			

DESTINATÁRIO REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	29/08/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA	
AV. PERNAMBUCO QD19 SALA DA DIRETORIA - 219	ELIZIARIO	74815-715	29/08/2023	
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	SUFRAMA / HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA		GO		16:07:46

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	310.00	2.134,95

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	**2.134,95**

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 LIQUIDO (KG)
-	Diversos	Diversos	0	-	-

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
39	TOMATE	34022000	0300	5405	KG	35	10,0000	350.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
154	ABACATE	34022000	0300	5405	KG	2.5	9,5000	23.75	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
82	BATATA	34022000	0300	5405	KG	58	5,0000	290.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
76	LIMAO	34022000	0300	5405	KG	1.5	9,0000	13.50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
88	ALHO	34022000	0300	5405	KG	6	29,0000	174.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
84	BANANA PRATA	34022000	0300	5405	KG	18	7,5000	135.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
38	REPOLHO	34022000	0300	5405	KG	15	6,4000	96.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
86	CENOURA	34022000	0300	5405	KG	25	6,9000	172.50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
118	OVO BRANCO	04070090	0102	5405	DZ	20	10,5000	210,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
83	BANANA TERRA	34022000	0300	5405	KG	8	12,0000	96.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
35	CEBOLA	34022000	0300	5405	KG	15	6,0000	90.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
78	LARANJA	34022000	0300	5405	KG	10	3,6000	36.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
90	ABOBORA KABUTIA	34022000	0300	5405	KG	14	4,8000	67.20	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
34	ALFACE	34022000	0300	5405	PT	12	7,0000	84.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
109	COUVE	34022000	0102	5405	UN	10	7,0000	70.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
87	CHEIRO VERDE	34022000	0300	5405	PT	15	4,0000	60.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
79	CHUCHU	34022000	0300	5405	KG	8	3,5000	28.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
150	MANDIOCA	02071400	0102	5405	KG	6	6,5000	39,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
91	ABACAXI	34022000	0300	5405	UN	8	12,5000	100.00	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 NacionalNao gera direito a credito de ICMS IPI e ISS.PROCESSO 514-2023 CONTRATO DE GESTAO 159-2023 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SMA. BANCO SICRED ROGERIO DOS SANTOS ROQUE AGENCIA 0914 CONTA CORRENTE: 56652-3

RESERVADO AO FISCO

Ana Clara Viana
Nutricionista
CRN/1 Nº 22637/P
30/08/23

EXPAND TECNOLOGIA E INFORMATICA LTDA

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://plugnotas.vazedigital.com/validar, informando o código 4D66 e o código verificador 595

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
12/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 08.55.02
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$ 2.936,00
DEBITO EM: 11/09/2023
==========
DOCUMENTO: 091102
AUTENTICACAO SISBB: 1.537.34D.C56.F78.D13

EXPAND TECNOLOGIA E INFORMATICA LTDA

RECEBEMOS DE 'ROGERIO DOS SANTOS ROQUE - ME' OS PRODUTO(S) CONSTANTES DA NF INDICADA AO LADO | Valor: 2.936,00 | Nº Fat: | NF-e N: 000001215 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 OESTE
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA GO
CEP: 76590-000
Fone: (62) 3364-1730

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAIDA [1]

No: 000001215
Série: 1
Folha(s): 1 /2

Chave de Acesso: 5223 0815 3734 7300 0101 5500 1000 0012 1510 0008 1587

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: 152216582785875 10/08/2023 07:56:34

52115373473000101000111000044

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 150042 | INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO: | CNPJ: 15.373.473/0001-01

NOME/RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO REMETENTE: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE | CNPJ/CPF: 27.949.878/0002-05 | DATA EMISSÃO: 10/08/2023

ENDEREÇO: AV. PERNAMBUCO QD19 SALA DA DIRETORIA - 219 | BAIRRO/DISTRITO: ELIZIARIO | CEP: 74815-715 | DATA DA SAÍDA: 10/08/2023

MUNICÍPIO: SAO MIGUEL DO ARAGUAIA | FONE/FAX: | UF: GO | INSCRIÇÃO ESTADUAL: | SUFRAMA: | HORA DA SAÍDA: 07:56:27

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	413,00	2.936,00

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	2.936,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO (KG):	PESO LIQUIDO (KG):
-	Diversos	Diversos	0	-	-

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	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
52	BATATA	34022000	0300	5405	KG	50	5,2500	262.50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
150	MANDIOCA	02071400	0102	5405	KG	12	6,5000	78.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
118	OVO BRANCO	04070090	0102	5405	DZ	22	10,5000	231.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
80	BETERRABA	34022000	0300	5405	KG	20	5,8000	116.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
86	CENOURA	34022000	0300	5405	KG	27	7,1000	191.70	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
89	ABOBRINHA VERDE	34022000	0300	5405	KG	11	5,5000	60.50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
85	CEBOLA	34022000	0300	5405	KG	24	6,5000	156.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
89	TOMATE	34022000	0300	5405	KG	55	7,5000	412.50	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
58	REPOLHO	34022000	0300	5405	KG	18	6,8000	122.40	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
91	ABACAXI	34022000	0300	5405	UN	10	12,0000	120.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
70	MILHO VERDE CARTELADO	34022000	0300	5405	UN	120	1,2000	144.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
71	MELANCIA	34022000	0300	5405	KG	40	2,0000	80.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
00	ABOBORA KABUTIA	34022000	0300	5405	KG	15	4,6000	69.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	BANANA TERRA	34022000	0300	5405	KG	10	11,5000	115.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	BANANA TERRA	34022000	0300	5405	KG	17	7,8000	132.60	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	ALHO	34022000	0300	5405	KG	6	28,5000	171.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	PIMENTA DE CHEIRO	34022000	0300	5405	KG	2	32,0000	64.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	ALFACE	34022000	0300	5405	PT	15	7,0000	105.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	COUVE	34022000	0102	5405	UN	20	7,0000	140.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	CHEIRO VERDE	34022000	0300	5405	PT	15	4,0000	60.00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%
	LIMAO	34022000	0300	5405	KG	1	6,0000	6,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%	0%

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Documento emitido por ME ou EPP optante Simples NacionalNao gera direito a credito de ICMS IPI e ISS.PROCESSO 451-2023
CONTRATO DE GESTAO 159-2018 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SMA

RESERVADO AO FISCO

Ana Clara Viana
Nutricionista
CRN/3 Nº 22537/P
10/08/23

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 - SAIDA [1]

No: 000001215
Série: 1
Folha(s): 2 /2

Chave de Acesso: 5223 0815 3734 7300 0101 5500 1000 0012 1510 0008 158

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: 152236582783875 10/08/2023 07:56:34

52115373473000101000111000044

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10[illegible]042

INSC. EST. SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
15.373.473/0001-01

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UND	QTD	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	Desc.(R$)	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS
[illegible]34	ABACATE	34022000	0300	5405	KG	2	8,5000	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
[illegible]	LARANJA	34022000	0300	5405	KG	18	3,6000	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0%
[illegible]51	QUIABO	02071400	0102	5405	KG	1,7	10,0000	17,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Ana Clara Vieira
Nutricionista
CRN/1 Nº 22637/P
10/08/23

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.32
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: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 3.646,35
DEBITO EM: 26/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092602
AUTENTICACAO SISBB: A.F4E.24C.FBB.0EA.1E4

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI

RUA 4, 1234 - CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 0336-4207

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]
232.188
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0930 2286 6800 0151 5500 1000 2321 8812 3218 8122

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	152236674836460 06/09/2023 14:05:20
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	06/09/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA SAÍDA**
AV PERNAMBUCO, 219 - -	ELIZIARIO	76590-000		06/09/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			14:05:14

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		3.646,35
VALOR FRETE	**VALOR SEGURO**	**VALOR DESCONTO**	**OUTRAS DESP.**	**VALOR IPI**	**VALOR APROX. TRIB**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	398,00	3.646,35

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.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V.APROX TRIBUTOS
7896212919949	ARROZ SAFRA POLIDO T-3 PCT 5KG	10063021	0102	5102	UN	15	23,00	345,00	0,00	0,00		0,00
7898185000051	ACUCAR CRISTAL ECOCUCAR 2KG	17019900	0102	5102	UN	20	8,25	165,00	0,00	0,00		0,00
7898078822401	ACAFRAO MOIDO 500GR	09103000	0102	5102	UN	1	14,70	14,70	0,00	0,00		0,00
7892840819170	ACHOC PO TODDY 750GR	18069000	0102	5102	UN	3	19,00	57,00	0,00	0,00		0,00
7891089018931	AZEITONA VDE LA VIOLETERA S CAR 160GR SC	20057000	0102	5102	UN	6	7,50	45,00	0,00	0,00		0,00
7896245704703	BATATA PALHA SULLPER 800GR	20052000	0102	5102	UN	4	30,90	123,60	0,00	0,00		0,00
7891098000163	CHA LEAO CAMOMILA 10GR	12119090	0102	5102	UN	30	3,40	102,00	0,00	0,00		0,00
7898215151784	CREME LEITE PIRACANJUBA TP 200GR	04015021	0102	5102	UN	20	3,99	79,80	0,00	0,00		0,00
7898078822418	COLORAU 500GR	21039021	0102	5102	UN	1	12,25	12,25	0,00	0,00		0,00
7898232010101	COCO RAL UNICOCO 100GR PURO	08011100	0102	5102	UN	6	3,45	20,70	0,00	0,00		0,00
7896102502534	EXT TOM QUERO TP 320GR	20029090	0102	5102	UN	20	3,35	67,00	0,00	0,00		0,00
7898902259021	FAR DE TRIGO SOTRIGO TP 1 1	11010010	0102	5102	UN	10	4,85	48,50	0,00	0,00		0,00
7898928900075	FARINHA BRANCA FINA 1KG	11062000	0102	5102	UN	7	13,90	97,30	0,00	0,00		0,00
7898922012019	FEIJAO CARIOCA DONA DE 1 KG TP1	07133399	0102	5102	UN	20	6,89	137,80	0,00	0,00		0,00
70330909229	ISQUEIRO BIC GRANDE	96131000	0102	5102	UN	6	5,40	32,40	0,00	0,00		0,00
7898215151708	LEITE L VIDA PIRACANJUBA INTEGRAL 1LT	04012010	0102	5102	UN	100	5,95	595,00	0,00	0,00		0,00
7898215152002	LEITE CONDENSADO PIRACANJ. 395GR	04029900	0102	5102	UN	15	6,90	103,50	0,00	0,00		0,00
7896212911738	MAC. SEMOLA CRISTAL ESPAGUETE8 500G	19021900	0102	5102	UN	50	4,40	220,00	0,00	0,00		0,00
7896212911806	MAC. SEMOLA CRISTAL LASANHA 500	19021900	0102	5102	UN	6	9,95	59,70	0,00	0,00		0,00
7896102584998	MAIONESE QUERO POTE 495GR	21039011	0102	5102	UN	10	8,60	86,00	0,00	0,00		0,00
7896102500608	MILHO VERDE QUERO 170GR	20058000	0102	5102	UN	10	4,80	48,00	0,00	0,00		15,48
7898078820070	CANJICA AMARELA 1 500 GR	11042300	0102	5102	UN	4	3,50	14,00	0,00	0,00		4,52
7898078820322	MILHO PIPOCA ITAPURANGA 500 GR	10059010	0102	5102	UN	5	5,70	28,50	0,00	0,00		9,19
7894904271511	MARG DELICIA 1KG CREM 70 LIP	15171000	0102	5102	UN	8	18,95	151,60	0,00	0,00		48,89
7896003537123	OLEO SOJA BREJEIRO PET 900ML	15079011	0102	5102	UN	50	5,99	299,50	0,00	0,00		96,59
7896026800754	PAPEL TOALHA "STYLUS" 2X1	48183000	0102	5102	UN	70	6,90	483,00	0,00	0,00		155,77
7898372440745	REF ABACAXI SABORELLE 240G	21069010	0102	5102	UN	50	3,95	197,50	0,00	0,00		63,69
7897167100222	SAL MARINHO NATURAL SOSAL 1KG IOADO	25010020	0102	5102	UN	6	2,00	12,00	0,00	0,00		3,87

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 501/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018. SECRETATIA 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 11/09/23

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.188 EMISSÃO 06/09/2023 VALOR TOTAL 3.646,35 DESTINATARIO 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
232.188
SÉRIE 1

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 14.10.25
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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: 8516-2 - GOIANIA/SETOR MARISTA
CONTA: 25.068-8

FAVORECIDO: SMA REVENDEDORA DE GAS LTDA.
CPF/CNPJ: 32.726.858/0001-24
VALOR: R$ 760,00
DEBITO EM: 01/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090102
AUTENTICACAO SISBB: 5.C9F.802.013.6F7.07F

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SMA REVENDEDORA DE GAS LTDA

RUA 3, 546 - SETOR CENTRO - CEP 76590-000 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
TEL: (62)3364-1354

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA | 1 |

Nº 000001316 fl. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
5223 0732 7268 5800 0124 5500 1000 0013 1614 0334 5245

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 152236542347170 29/07/2023 09:48:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB	CNPJ / CPF
107565960		32.726.858/0001-24

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	29/07/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA SAÍDA / ENTRADA**
AVENIDA PERNANBUCO, 219	ELIZIARIO		76590-000	29/07/2023
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	(62)3942-5940	GO		09:48:12

FATURA

	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	001316	760,00	0,00	760,00

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC	VALOR
001	28/08/2023	760,00									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	91,20	760,00
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	760,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
QUANTIDADE	**ESPÉCIE**	**MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**	**PESO LÍQUIDO**
	DIVERSOS				

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 I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
5	GLP-45 LIQUIDO CÓD. PRODUTO ANP: 210203001 UF DE CONSUMO: GO	27111910	061	5656	UN KG	2,00 2,00	380,00 380,00	760,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARRS

ICMS MONOFASICO SOBRE COMBUSTIVEIS COBRADO ANTERIORMENTE CONFORME CONVENIO ICMS 199/2022
CONTRATO DE GESTAO 159/2018 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE -SMA DADOS PARA PAGAMENTO
AGENCIA 8516 CONTA 25068-8 BANCO 341
GLP UN/ONU 1978 No.Risco:23 Classe:2.1 - Certifica q o prod. esta adeq. acondic p/ suportar riscos de carga, descarga, transbordo e transporte. Dec. 96044/88, art.22, II, "C"
Trib Aprox. R$: 00,00 Federal e 91,20 Estadual. Fonte: IBPT 5oi7eW

RESERVADO AO FISCO

Ana Clara Viana
Nutricionista
CRN/1 Nº 22637/P
30/08/23

Controlgas - www.controlgas.com.br

RECEBEMOS DE SMA REVENDEDORA DE GAS LTDA OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO
EMISSÃO: 29/07/2023 - DEST. / REM.: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - VALOR TOTAL: R$ 760,00

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000001316
SÉRIE 001

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.33
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: 21.035-8

FAVORECIDO: ORZELITA RODRIGUES SILVA LTDA
CPF/CNPJ: 30.228.668/0001-51
VALOR: R$ 1.148,00
DEBITO EM: 26/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092607
AUTENTICACAO SISBB: F.DEE.6B5.142.3FF.131

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI

RUA 4, 1234 CENTRO
76590-000 SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO
(62) 0336-4207

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

232.190
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0930 2286 6800 0151 5500 1000 2321 9012 3219 0125

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		152236674922055 06/09/2023 14:26:41
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	06/09/2023
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
AV. PERNAMBUCO, 219 - -	ELIZIARIO		76590-000	06/09/2023
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA	GO			14:26:40

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	1.148,00

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP.	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIB.	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31,61	1.148,00

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.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
7898968878662	COPO DESC 200ML PP TRANSP PURACASA	39241000	0102	5102	UN	120	8,75	1.050,00	0,00	0,00		0,00
7898202616036	COLHER DESCARTAVEL STRAWPLAST 50UN	39241000	0102	5102	UN	20	4,90	98,00	0,00	0,00		31,61

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 503 2023 CONTRATO DE GESTAO 159 2018 SECRETARIA 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 11/09/23

Gerado em 06/09/2023 as 14:27:04 pelo UniDANFE 3.9.2 Free - www.unidanfe.com.br

UniDANFE - NF-e OPEN Source - www.unidanfe.com.br

RECEBEMOS DE ORZELITA RODRIGUES SILVA EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 232.190 EMISSÃO 06/09/2023 VALOR TOTAL 1.148,00 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
232.190
SÉRIE 1

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://validar.iti.gov.br/ utilizando assinatura gov.br ou código 4372-e-0-64dac verificador 556

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.32
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: 4308-7 - GOIANIA T SETE
CONTA: 99.491-4

FAVORECIDO: MS DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ: 46.917.260/0001-27
VALOR: R$ 905,46
DEBITO EM: 26/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092605
AUTENTICACAO SISBB: F.BC8.C15.E8C.4F5.20B

RECEBEMOS DE MS DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTAS FISCAL INDICADA AO LADO

Data de Recebimento

Assinatura do Recebedor por extenso

Emissão: 19/09/2023 VALOR TOTAL: 905,46 DESTINATARIO:INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE IAGS
AV PERNAMBUCO,SETOR ELIZIARIO,SAO MIGUEL ARAGUAIA-GO Cep: 76590-000

TRANSP:
VOLUME: 1

NF-e
No.000307
Série 1

MS DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA

MS DISTRIBUIDORA HOSPITALAR

RUA B 4 QUADRA 03;LOTE 11 Nº 162
VL AMERICANO BRASIL GOIANIA GO
Cep: 74230255
Fone: (0000)0000-0000

DANFE

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

1 - Saida
2 - Entrada [1]

No. 000.000.307
SÉRIE 1
Folha:1 /1

Controle do Fisco

CHAVE DE ACESSO
52-2309-46.917.260/0001-27-55-001-000.000.307.130-700.030-7

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		
Insc. Estadual	**Insc.Est. do Subst.Tributario**	**CNPJ**
109424905		46.917.260/0001-27

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
152236719697099 19/09/2023 - 18:18:36

DESTINATARIO/REMETENTE

Nome/Razão Social			CNPJ/CPF	Data da Emissão
INSTITUTO ALCANCEGESTAO EM SAUDE IAGS		INSTITUTO ALCANCE 29	27.949.878/0002-05	19/09/2023
Endereço	**Bairro/Distrito**		**Cep**	**Data da Saida**
AV PERNAMBUCO,215QD-19	SETOR ELIZIARIO		76590-000	19/09/2023
Municipio	**Fone**	**UF**	**Inscrição Estadual**	**Hora da Saida**
SAO MIGUEL ARAGUAIA	(62)3911-9312	GO	ISENTO	18:18:43

FATURA
[307/A 19/09/2023 905,46]

CALCULO DO IMPOSTO

Base de Calculo do Icms	Valor do Icms	Base de Calculo do Icms Substituição	Valor do Icms Substituição	Vlr. Icms Desonerado	Valor Total dos Produtos
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	0,00	R$ 905,46

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	0	R$ 905,46

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa do Veiculo	UF	CNPJ/CPF
	3-Proprio/Remet.				
Endereço	**Municipio**			**UF**	**Inscrição Estadual**

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido
1	CAIXA		307 - 1	0,0000	0,0000

COD. PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCMSH	CSON	CFOP	PMC	UND	QUANT.	VALOR UNITARIO	Desc	VALOR TOTAL	BASE.CALC ICMS	VLR ICMS	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
44	VALVULA REGULADORA P/CILINDRO OXIGENIO C/FLUXOMETRO Marca: HAOXI Lote: Validade:	90192010	0102	5102	0,00	UN	3	301,82		905,46	0,00	0,00	0	0

DADOS ADICIONAIS

PROCESSO 537/2023 CONTRATO DE GESTAO 159/2018FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA
ITAU AG 4308 CC 99491-4
ITAU AG-4308 CC-99491-4
Val Aprox dos Tributos R$ 42,92 (4,74%) Fonte: IBPT
DOC. EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
00477-SIDNEY SOARES Chave do Pedido: 000307

RESERVADO AO FISCO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 15.58.41
3648X03648 SEGUNDA VIA 0004
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: 49.723.286-4

FAVORECIDO: FABIO JUNIOR MARTINS ARRUDA
CPF/CNPJ: 39.497.445/0001-64
VALOR: R$ 4.000,00
DEBITO EM: 27/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092705
AUTENTICACAO SISBB: F.4CC.E5F.39D.A4F.AF2

ESTADO DE GOIÁS

PREFEITURA MUNICIPAL DE MINAÇU

02.215.275/0001-78

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA- NFS-e

Número da Nota	**0000000018**
Data e Hora de Emissão	**09/03/2023 11:26:26**
Código de Verificação	**719c**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social: **FABIO JUNIOR MARTINS ARRUDA**
Nome Fantasia: **ENGENHARIA PROJETOS E ARQUITETURA - ENGPROARDTO**
CNPJ: **39.497.445/0001-64** Inscrição Municipal: **943098**
Endereço: **AV MINAS GERAIS, N°: 1319, VILA BOA UNIAO, CEP: 76.450-000**
Município: **MINAÇU - GO** Telefone: **62 986212400**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**
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

Descrição: REFERENTE A SERVIÇOS DE ENGENHARIA E ARQUITETURA, CONTANDO COM OS SERVIÇOS DE ORÇAMENTO DE OBRA, PLANILHAS DE CUSTOS, APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE REFORMA E RESTAURAÇÃO GERAL. CONFORME CONTRATO 004/2023 COM FULCRO NO CONTRATO DE GESTÃO 159/2018. REFEREE PRIMNTEIRA PARCELA.

Serviço / Item-Serviço

07.01.00 - ENGENHARIA, AGRONOMIA, AGRIMENSURA, ARQUITETURA, GEOLOGIA, URBANISMO, PAISAGISMO E CONGÊNERES.

CNAE / Atividade Município

7112000 / Serviços de engenharia

RETENÇÕES FEDERAIS	PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	6.000,00
(-) 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$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	6.000,00

Demonstrativo

Valor dos Serviços	R$	6.000,00
(-) Desconto Condicionado	R$	0,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	6.000,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	6.000,00
(X) Alíquota	%	2,00
(=) Valor do Imposto (ISS)	R$	120,00

Serviço prestado em	Imposto Devido em
MINAÇU - GO	**MINAÇU - GO**

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
6.000,00	**0,00**	**6.000,00**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.
Recolhimento: ISS a recolher pelo PRESTADOR
Essa nota não gera direito a crédito fiscal do ISS.
NFSe instituída Decreto NFS-e 439/2010
https://app.centi.com.br/minacu/portalcidadao/?nfse

R$ 4000,00

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 14.10.25
3648X03648 SEGUNDA VIA 0003
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$ 4.339,00
DEBITO EM: 01/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090104
AUTENTICACAO SISBB: F.8F2.B20.2B0.E9A.9AD

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 000.012.753
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 000.012.753
SÉRIE 1
FOLHA: 01-03

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	152236643811008 - 28/8/2023 15:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF-E P/ CONSULTA DE AUTENCIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
107393638		31.490.292/0001-11	52230831490292000111550010000127531917354800

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/0002-05	28/08/2023

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

28/08/2023 4.339,00

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
4.339,00	737,63	0,00	0,00	4.339,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.339,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
RAPIDO IPORA TRANSPORTES DE CARGA LTDA	0 - Emitente				00.673.682/0002-84

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV PERIMETRAL NORTE, 4013 - Q02 GALPAO 02	Goiânia	GO	10.614.259-3

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	caixa				

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	U.M.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	ALIQ ICMS	AL. IPI
BC01034	TGO/AST - Kit c/ 100 ml - Marca: Bioclin Val Aprox Tributos R$: 23,67 Fed., 29,92 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 115 Validade: 30/09/2024	38221990	500	5102	un	2,0	88,00	176,00	176,00	29,92	0,00	17	0
BC01040	Controle Normal - Fr. c/ 5 ml - Marca: Bioclin Val Aprox Tributos R$: 20,18 Fed., 25,50 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 78 Validade: 31/05/2025	38221990	500	5102	un	2,0	75,00	150,00	150,00	25,50	0,00	17	0
BC01009	CK-MB U.V - Kit c/ 50 ML - Marca: Bioclin Val Aprox Tributos R$: 122,40 Fed., 154,70 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 82 Validade: 29/02/2024	38221990	500	5102	un	2,0	455,00	910,00	910,00	154,70	0,00	17	0
BC01010	CK TOTAL U.V - Kit c/ 50 ML, MARCA: BIOCLIN Val Aprox Tributos R$: 25,96 Fed., 32,81 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 164 Validade: 31/05/2024	38221990	500	5102	un	1,0	193,00	193,00	193,00	32,81	0,00	17	0
BC01024	HDL Direto - Kit c/80 ml - Marca: Bioclin	38221990	500	5102	un	2,0	358,00	716,00	716,00	121,72	0,00	17	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
Pedido Nº 492/2023 - Contrato de Gestão159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. DADOS P/ PAGAMENTO: BRADESCO / AG: 0140; C.C : 312569-6 Val Aprox Tributos R$: 615,29 Fed., 625,43 Est. e Mun. Fonte: IBPT	

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 000.012.753
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 000.012.753
SÉRIE 1
FOLHA: 02-03

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	152236643811008 - 28/8/2023 15:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF-E P/ CONSULTA DE AUTENCIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
107393638		31.490.292/0001-11	52230831490292000111550010000127531917354800

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/0002-05	28/08/2023

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

28/08/2023 4.339,00

	Val Aprox Tributos R$: 96,30 Fed., 121,72 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 117 Validade: 30/04/2024													
BC01038	Uréia U.V - Kit c/ 200 ml - Marca: Bioclin Val Aprox Tributos R$: 33,09 Fed., 41,82 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 88 Validade: 30/09/2024	38221990	500	5102	un	2,0	123,00	246,00	246,00	41,82	0,00	17	0
BC01021	Gama GT CIN. - Kit c/ 60 ml - Marca: Bioclin Val Aprox Tributos R$: 25,02 Fed., 31,62 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 65 Validade: 31/03/2025	38221990	500	5102	un	2,0	93,00	186,00	186,00	31,62	0,00	17	0
EB03005	Beta-HCG - T.Rápido - Kit c/ 50 T - Marca: Ebram Val Aprox Tributos R$: 5,92 Fed., 7,48 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 06792A0124 Validade: 30/04/2025	38221990	000	5102	un	1,0	44,00	44,00	44,00	7,48	0,00	17	0
BC01039	Calibrador Biocal - Fr. c/5 ml - Marca: Bioclin Val Aprox Tributos R$: 15,60 Fed., 19,72 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 58 Validade: 28/02/2025	38221990	500	5102	un	1,0	116,00	116,00	116,00	19,72	0,00	17	0
BC16002	LISE M-30 500ML ; Marca: Mindray Val Aprox Tributos R$: 65,20 Fed., 71,74 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 2022102701 Validade: 26/10/2024	38221990	700	5102	un	1,0	422,00	422,00	422,00	71,74	0,00	17	0
HM01022	M-30 D DILUENTE; Fr. c/20 Litros; Marca: Vyttra Val Aprox Tributos R$: 30,84 Fed., 35,02 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 2302116 Validade: 28/02/2025	34024200	000	5102	un	2,0	103,00	206,00	206,00	35,02	0,00	17	0
BC16001	Probe Cleanser Bio - 50 ml; Marca: Bioclin Val Aprox Tributos R$: 26,95 Fed., 30,60 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 24 Validade: 31/07/2024	34029039	000	5102	un	2,0	90,00	180,00	180,00	30,60	0,00	17	0
BID01008	Dengue IGG-IGM - TR- 30T Marca: ONSITE Val Aprox Tributos R$: 106,13 Fed., Est. e Mun.	30021590	700	5102	un	2,0	330,00	660,00	660,00	112,20	0,00	17	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
Pedido Nº 492/2023 - Contrato de Gestão159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. DADOS P/ PAGAMENTO: BRADESCO / AG: 0140; C.C : 312569-6 Val Aprox Tributos R$: 615,29 Fed., 625,43 Est. e Mun. Fonte: IBPT	

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 000.012.753
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 000.012.753
SÉRIE 1
FOLHA: 03-03

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	152236643811008 - 28/8/2023 15:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	CHAVE DE ACESSO DA NF-E P/ CONSULTA DE AUTENCIDADE NO SITE WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR
107393638		31.490.292/0001-11	52230831490292000111550010000127531917354800

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS	27.949.878/0002-05	28/08/2023

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

28/08/2023 4.339,00

	Fonte: IBPT Lote: F0617T4K01D Validade: 20/06/2024												
EB01001	ASO LÁTEX; Frasco c/ 2.0 ml; Marca: EBRAM Val Aprox Tributos R$: 9,42 Fed., 11,90 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 07203B0616 Validade: 01/06/2025	38221990	000	5102	un	2,0	35,00	70,00	70,00	11,90	0,00	17	0
EB01003	FR LÁTEX; Frasco c/2.0 ml; Marca: EBRAM Val Aprox Tributos R$: 8,61 Fed., 10,88 Est. e Mun. Fonte: IBPT Lote: 06773A0607 Validade: 30/03/2024	38221990	000	5102	un	2,0	32,00	64,00	64,00	10,88	0,00	17	0

Gratos pela preferência

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Pedido Nº 492/2023 - Contrato de Gestão159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA. DADOS P/ PAGAMENTO: BRADESCO / AG: 0140; C.C : 312569-6 Val Aprox Tributos R$: 615,29 Fed., 625,43 Est. e Mun. Fonte: IBPT	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.32
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: 3333-2 - SICOOB SECOVICRED
CONTA: 11.512-6

FAVORECIDO: GENESYS DISTRIBUICAO-COMERCIO E SER
CPF/CNPJ: 24.971.044/0001-27
VALOR: R$ 230,00
DEBITO EM: 26/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092604
AUTENTICACAO SISBB: A.AB9.5DB.D9F.698.EEF

RECEBEMOS DE GENESYS DISTRIBUICAO-COMERCIO E SERVICOS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 20/09/2023 VALOR TOTAL: R$ 230,00 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 950
Série 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Genesys distribuição

GENESYS DISTRIBUICAO-COMERCIO E SERVICOS LTDA
AV T9, 2002 - QD 551 LT 11 SALA 102 - ED. ARAUJO AGUIAR
BRO JARDIM AMERICA - 74255-220
Goiania - GO Fone: (62) 3414-6837

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 950
Série 1
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
5223 0924 9710 4400 0127 5500 1000 0009 5013 0231 4

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Mercadoria Adquirida/Recebida de Terceiros	**152236722557389 - 20/09/2023 16:14:**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
10.664.459-9		**24.971.044/0001-27**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS			**27.949.878/0002-05**	**20/09/2023**
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AVENIDA PERNAMBUCO, 219 - QUADRA19 SALA DA DIRETORIA	**ELIZIARIO**		**76590-000**	**20/09/2023**
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA/ENTRADA**
Sao Miguel do Araguaia	**GO**	**(62) 3942-5940**		**16:14:39**

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	20/09/2023
Valor	R$ 230,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRO
230,00	39,10	0,00	0,00	0,00	3,80	230,
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL DO IPI**	**VALOR DA COFINS**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17,48	230,

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO (KG)	PESO LÍQUIDO (KG)

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS
5096	BATERIA PARA NOBREAK UNIPOWER 12V 7.0AH UP1270SEG CEST: 01.099.00	85072010	220	5102	UN	2	115,00	230,00	230,00	39,10	0,00	17,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Email do Destinatario: prime.empresarial@hotmail.com; Inf. Contribuinte: Art. 87, da Parte Geral, c/c Anexo IX, Art. 80, XIII e Apendice IV, do RCTE/GO. Art. 20, I do RCTE/GO. NOTA REFERENTE AO PEDIDO: 147607-1 VENDEDOR:CRISTIANE No DO PROCESSO 535/2023 - CONTRATO DE GESTAO159/2018 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE SMA DADOS BANCARIOS AGENCIA: 3333-2 C/C: 11.512-6 TITULAR: GENESYS DISTRIBUICAO-COMERCIO E SERVICOS LTDA CHAVE PIX CNPJ: 24.971.044/0001-27; Produto destinado a Consumidor Final.; Trib aprox R$ 35,44 Federal e R$ 16,10 Estadual Fonte: IBPT/empresometro.com.br - 6042E8

RESERVADO AO FISCO

4. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
01/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 14.10.25
3648X03648 SEGUNDA VIA 0002
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: 01/09/2023
==========
DOCUMENTO: 090106
AUTENTICACAO SISBB: 8.B54.F14.5F1.1BD.1F3

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 15270/2018

Número da Nota **114**
Data Emissão **01/09/2023**
Código Verificação **N6RU-9T3W**

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. 219 QD 19 SALA DA DIRETORIA
Bairro	ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP

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 AGOSTO/2023.

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	%	3,49
(=) 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**.

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3321514396838411
15/09/2023 14:41:41

```
15/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    14:32:48
364803648           SEGUNDA VIA                0006
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X          CONTA:          43.826-X
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                  15/09/2023
NR. DOCUMENTO                 553.648.000.043.561
VALOR TOTAL                             10.000,00
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X          CONTA:          43.561-9
NR. DOCUMENTO                 553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO            A.4C7.0DC.E2C.201.DD9
```

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 98892/2018

Número da Nota **124**
Data Emissão **31/08/2023**
Código Verificação **7HU2-CAIA**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**31.805.128/0001-56**
Nome/Razão Social	**ADM SERVICOS E CONSULTORIA LTDA**
Endereço	AV 136 N.761 QD.F44 LT.02E 11 AND PAVTOB40
Bairro	SET SUL
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74093250 Telefone (62) 39425940

Inscrição Municipal **4693094**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV PERNAMBUCO N. 219 ENTRE RUA 04 E 05
Bairro	ELIZIARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

SERVICOS DE ASSESSORIA E APOIO ADMINISTRATIVO PRESTADO NO HMAA - HOSPITAL MUNICIPAL ADAILTON DO AMARAL REFERENTE AO MES DE MARCO 2023 CONFORME CONTRATO N 012/2018

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atividade 821999900
Preparacao de documentos e servicos especializados de apoio administrativo nao especificados 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$	17.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	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) Alíquota	%	4,04
(=) 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**

Usuário: 3

Informações Importantes:

- ESTA NOTA FISCAL SUBSTITUI A NOTA Nº 123.
- 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
29/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 16.50.59
3648X03648 SEGUNDA VIA 0006
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$ 8.500,00
DEBITO EM: 29/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092902
AUTENTICACAO SISBB: B.CD9.332.20E.D79.D65

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 140392/2010

Número da Nota **331**
Data Emissão **12/06/2023**
Código Verificação **358G-K885**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**12.294.819/0001-98** — Inscrição Municipal **2865734**
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

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 05/2023.

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 Líquido	R$	8.500,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

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) Alíquota	%	5,00
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 8.500,00	R$ 0,00	**R$ 8.500,00**

Informações Importantes: Usuário: 1

- 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**.

G3321316088765791
13/09/2023 16:26:01

Emissão de comprovantes - 3o nível

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
13/09/2023 -      AUTOATENDIMENTO       - 16.26.01
3648X03648          SEGUNDA VIA                0006
            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$                                6.000,00
DEBITO EM: 13/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 091301
AUTENTICACAO SISBB:         B.73D.4E5.747.D2E.89E
```

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 3433/2021

Número da Nota **289**
Data Emissão **13/09/2023**
Código Verificação **G9WH-SJ53**

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) 992997575

Inscrição Municipal **5263972**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE AIGS 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 28/05/2023 A 27/06/2023.

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

Valor dos Serviços	R$	6.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-) Retenções Federais	R$	0,00
(-) ISSQN Retido pelo Tomador	R$	0,00
(=) Valor Líquido	R$	6.000,00

Serviço prestado em	Imposto devido em
GOIANIA-GO	**GOIÂNIA-GO**

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	6.000,00
(-) Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=) Valor da Nota	R$	6.000,00
(-) Deduções	R$	0,00
(=) Base de Cálculo	R$	6.000,00
(x) Alíquota	%	3,40
(=) Valor do Imposto (ISSQN)	R$	0,00

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 6.000,00	R$ 0,00	**R$ 6.000,00**

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**.

5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OPERACIONAIS

```
29/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    15:33:51
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                  29/09/2023
NR. DOCUMENTO                553.483.000.053.955
VALOR TOTAL                                3.409,70
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: S&G I SOLUCOES LTDA
AGENCIA: 3483-5          CONTA:          53.955-4
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO            4.EBD.F32.935.A64.EA8
```

Prefeitura de Goiânia
Secretaria Municipal de Finanças
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e
AIDF 60798/2013

Número da Nota **25815**
Data Emissão **30/06/2023**
Código Verificação **83YI-8967**

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

CPF/CNPJ	**00.511.680/0001-08**
Nome/Razão Social	**S&G INDUSTRIA E SOLUCOES EIRELI**
Endereço	AV GOIAS N.112 QD.04 LT.14 SALA 507
Bairro	SET CENTRAL
Município	GOIÂNIA - GO CEP 74010010 Telefone (62) 36092800

Inscrição Municipal **1077376**

TOMADOR DOS SERVIÇOS

Nome/Razão Social	**INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE**
CPF/CNPJ	**27.949.878/0002-05**
Endereço	AV. PERNAMBUCO N. 219 NAO POSSUI
Bairro	ELIZARIO
Município	SAO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO CEP 76590000

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PERIODO: JUNHO/2023

COLETA, TRANSPORTE, TRATAMENTO E DESTINACAO FINAL DOS RESIDUOS DE SERVICOS DE SAUDE

PRESTACAO DE SERVICOS EM COLETA DE LIXO HOSPITALAR PARA O 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. 016/2018, POR OCASIAO DO CONTRATO DE GESTAO N. 159/2018 FIRMADO ENTRE O INSTITUTO ALCANCE E O MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA.

RESIDUOS DE SAUDE GRUPO A, B E E 475,9 KG X R$ 7,50 = R$ 3.569,25

ISS RETIDO 4,47% VALOR: R$ 159,55

VENCIMENTO: 29 07 2023 VALOR: R$3.409,70

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Atividade 381220000
Coleta de residuos perigosos

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$	3.569,25
(-)Desconto Incondicionado	R$	0,00
(-)Retenções Federais	R$	0,00
(-)ISSQN Retido pelo Tomador	R$	---
(=)Valor Líquido	R$	---

Serviço prestado em	Imposto devido em (*)
SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO	**SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO**

Cálculo do Imposto

Valor dos Serviços	R$	3.569,25
(-)Desconto Incondicionado	R$	0,00
(=)Valor da Nota	R$	3.569,25
(-)Deduções	R$	(**)
(=)Base de Cálculo	R$	(**)
(x)Alíquota	%	(**)
(=)Valor do Imposto (ISSQN)	R$	(**)

Valor dos Serviços	Desconto	Valor da Nota
R$ 3.569,25	R$ 0,00	**R$ 3.569,25**

Informações Importantes:

Usuário: W

- Nota Fiscal referente ao RPS nº 24262.
(*) Imposto devido no local da prestação do serviço na forma do Artigo 54/CTM.
(**) Os dados referentes a Deduções, Base de cálculo, Alíquota e Valor do ISSQN não podem ser gerados, já que essas informações dependem da legislação do município onde o imposto é devido.
- Prestador enquadrado no Simples Nacional.

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3342916402734911
29/09/2023 16:50:58

```
SISBB  -  SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/09/2023 -     AUTOATENDIMENTO      - 16.50.58
3648X03648          SEGUNDA VIA              0003
            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:       23.993-3

FAVORECIDO:  ORBIS GESTAO DE TECNOLOGIA EM SAUDE
CPF/CNPJ: 23.129.279/0001-03
VALOR: R$                              18.770,00
DEBITO EM: 29/09/2023
================================================
DOCUMENTO: 092901
AUTENTICACAO SISBB:         D.A71.7F1.981.C14.926
```

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

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

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Data de Competência/Emissão	Data de Geração da NFS-e	Código de Verificação de Autenticidade	Número da Nota Fiscal
Tributação no município	**16/08/2022**	**16/08/2022 10:18:05**	**9B 4A 2D**	**95**

Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/aparecida/online

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social
27.949.878/0002-05		INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

Endereço	Número	Complemento	Bairro
Avenida Pernambuco Quadra12 Lote 07 N. 302	219	QD 19 SALA DA DIRETORIA	Setor Eliziario

CEP	Cidade / UF	Telefone	e-mail
76590-000	São Miguel do Araguaia / GO		

Local dos Serviços

São Miguel do Araguaia - Goiás

Descrição dos Serviços

PRESTACAO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA CLINICA NO AMBITO DO HOSPITAL MUNICIPAL AD AILTON AMARAL.

COMPETENCIA JULHO/2022 (01/07/2022 A 31/07/2022)

CONTRATO DE SERVICOS: 022/2019 - HMAA/IAGS.

CONTRATO DE GESTAO: 159/18 SMA

DADOS BANCARIOS:
BANCO: 341 - ITAU
AGENCIA: 9338
CONTA CORRENTE: 23993-3
CHAVE PIX CNPJ: 23.129.279/0001-03

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

Atividade do Município	Alíquota	Item da LC116/2003	Cód. Nacional Atividade Econômica
3312103 - [3312-1/03] Manutenção e reparação de aparelhos...	**3,00**	1401	3312103

Valor 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

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	ISSQN
R$ 130,00	R$ 600,00	R$ 0,00	R$ 300,00	R$ 200,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal	**R$ 18.770,00**

Informações Complementares

.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 16.50.59
3648X03648 SEGUNDA VIA 0007
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: 23.993-3

FAVORECIDO: ORBIS GESTAO DE TECNOLOGIA EM SAUDE
CPF/CNPJ: 23.129.279/0001-03
VALOR: R$ 18.770,00
DEBITO EM: 29/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092903
AUTENTICACAO SISBB: 5.9A9.160.A2B.7DD.986

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

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

Identificação da Nota Fiscal Eletrônica

Natureza da Operação	Data de Competência/Emissão	Data de Geração da NFS-e	Código de Verificação de Autenticidade	Número da Nota Fiscal
Tributado fora do município	**12/09/2022**	**12/09/2022 08:40:44**	**53 F6 35**	**115**

Número do RPS	Serie do RPS	Data de Emissão do RPS

Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/aparecida/online

Dados do Tomador de Serviços

CNPJ/CPF	Inscrição Municipal	Razão Social
27.949.878/0002-05		INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE

Endereço	Número	Complemento	Bairro
Avenida Pernambuco Quadra12 Lote 07 N. 302	219	QD 19 SALA DA DIRETORIA	Setor Eliziario

CEP	Cidade / UF	Telefone	e-mail
76590-000	São Miguel do Araguaia / GO		

Local dos Serviços

São Miguel do Araguaia - Goiás

Descrição dos Serviços

PRESTACAO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA CLINICA NO AMBITO DO HOSPITAL MUNICIPAL AD AILTON AMARAL.

COMPETENCIA AGOSTO/2022 (01/08/2022 A 31/08/2022)

CONTRATO DE SERVICOS: 022/2019 - HMAA/IAGS.

CONTRATO DE GESTAO: 159/18 SMA

DADOS BANCARIOS:
BANCO: 341 - ITAU
AGENCIA: 9338
CONTA CORRENTE: 23993-3
CHAVE PIX CNPJ: 23.129.279/0001-03

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN

Atividade do Município	Aliquota	Item da LC116/2003	Cód. Nacional Atividade Econômica
7112000 - [7112-0/00] Serviços de engenharia	**3,00**	1401	3312103

Valor 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

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções	ISSQN
R$ 130,00	R$ 600,00	R$ 0,00	R$ 300,00	R$ 200,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Valor Líquido da Nota Fiscal	**R$ 18.770,00**

Informações Complementares

.

6. FROTA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
14/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 16.35.26
3648X03648 SEGUNDA VIA 0002
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: 1.929-4

FAVORECIDO: C P DE MIRANDA BORRACHARIA
CPF/CNPJ: 14.824.183/0001-74
VALOR: R$ 420,00
DEBITO EM: 14/09/2023
==========
DOCUMENTO: 091403
AUTENTICACAO SISBB: 2.0AC.5CA.839.1D3.C61

RECEBEMOS DE CELIO PEREIRA DE MIRANDA 75974630149 OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO
EMISSÃO: 13/09/2023 DESTINATÁTIO: INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE VALOR TOTAL: R$420.00

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
N° 000000090
SÉRIE: 1

CELIO PEREIRA DE MIRANDA 75974630149

RUA 15 QD.40 LT.10, 150, SETOR AEROPORTO, Sao Miguel do Araguaia, GO - CEP: 76590000 - Fone: 62 983272807

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

N° 000000090
SÉRIE: 1
PÁGINA 1 DE 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
5223 0914 8241 8300 0174 5500 1000 0000 9010 9230 7880

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 de terceiros	152236698767076 13/09/2023 01:37:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBS. TRIB	CNPJ/CPF
107667517		14.824.183/0001-74

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
INSTITUTO ALCANCE GESTAO EM SAUDE			27.949.878/0002-05	13/09/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE ENTRADA/SAÍDA**
AVENIDA PERNAMBUCO, 219, QD 19 ,	ELISIARIO		76590000	13/09/2023
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
Sao Miguel do Araguaia		GO		13:29:26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR FCP ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	420,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSOÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	420,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOT. BRUT.	DESC.	VLR. TOT. LIQ.	BC ICMS	VLR. ICMS	ALÍQ. ICMS
67	PNEU 185/65/15	40111000	1102	5102	UN	1	420,00	420,00	0	420	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OBSERVACAO = CONTRATO DE GESTAO 159/2023 SECRETARIA DE SAUDE SMA AMBULANCIA FIET ESTRADA PLACA VEICULO = SCB8H07 DADOS BANCARIOS PAGAMENTO=BANCO CAIXA CONTA CORRENTEAGENCIA 0794CONTA = 1929-4 PIX CNPJ = 14824183000174 Valor Aproximado dos Tributos R$ 126,88 (30,21%).

RESERVADO AO FISCO

01/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 14:10:25
364803648 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090082680557293584573440009194690000200000
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 90.103
DATA DE VENCIMENTO 10/09/2023
DATA DO PAGAMENTO 01/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO 2.000,00
VALOR COBRADO 2.000,00
==========
NR.AUTENTICACAO D.EA8.F2F.C09.D68.8EB
==========
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
45243850 / T00	-	02/09/2023 06:06

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
45243850	**11/09/2023**	**2.000,00**			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	**0,00**	**2.000,00**	**0,00**	**0,00**	**2.000,00**

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$ 2.000,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
0,00	**2.000,00**	**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$ 2.000,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 6323719/F

RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE IN 153/87.

TITULO NRO. 51665875

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 03/09/2023

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/43035063070001579OT00045243850773106302

Código de Verificação: RM2.M7C.X7Q

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-045243850/773106302

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log
uma marca Edenred

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 26805.572935 84573.440009 1 94690000200000

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/0045734-4	R$		109/00268055-7

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.TL-11572269	03.506.307/0001-57	10/09/2023	2.000,00

(-) 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 26805.572935 84573.440009 1 94690000200000

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento: **10/09/2023**

Beneficiário
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA

Agência/Código do Beneficiário: **2938/0045734-4**

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento
31/08/2023	1.TL-11572269	DS	SIM	31/08/2023

Nosso Número: **109/00268055-7**

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento
		R$		

(=) Valor do Documento: **2.000,00**

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

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

G3340116313550801
01/09/2023 16:40:03

Emissão de comprovantes - 3o nível

01/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:40:02
364803648 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090244308694849490157360000794610000155280
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
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO	90.109
DATA DE VENCIMENTO	02/09/2023
DATA DO PAGAMENTO	01/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO	1.552,80
VALOR COBRADO	1.552,80

==========

NR.AUTENTICACAO F.FCE.3ED.DC6.7F2.B13

==========

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 1190805 Série 3, emitido em 04/09/2023

20231004u00288916000199

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
03185927	04/09/2023 22:56:24	NGYI-JBMD

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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: **27.949.878/0002-05** Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **Av AV PERNAMBUCO ENTRE RUA 04 E 0 219 - SAO MIGUEL DO ARAGUAIA-GO - CEP: 76690-000**

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.sempararempresas.com.br/vtonline/demonstrativo.php?NUMRPS=001190805&NUMSERIE=3&NUMPREF=3 Id Pedido:14336439

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 52,80

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	52,80	2,00%	1,05	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 1190805 Série 3, emitido em 04/09/2023; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/10/2023;

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 ITAÚ SA | **341-7** | **RECIBO DO SACADO**

Nome do Empreendedor	CNPJ/CPF	Nosso Número	Agência / Código do Cedente	Valor do Documento
27949878000205 - INST. ALCANCE GESTAO EM	27949878000205	02430869-4	8499-/0015736-	1.552,80

Demonstrativo

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Cod.	Descrição	Quantidade	Unitário	Sub-Total
48535	AUTO - CREDITO VEICULO	1	1.200,00	1.200,00
48535	AUTO - CREDITO VEICULO	1	300,00	300,00

Autenticação Mecânica

BANCO ITAÚ SA | **341-7** | **34191.09024 43086.948494 90157.360000 7 94610000155280**

Local de Pagamento: ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA						Vencimento: 02/09/2023
Cedente: VB SERVIÇOS COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO. LTDA.				CNPJ/CPF: 00.288.916/0010-80		Agência / Código do Cedente: 8499-/0015736-
Data do Documento: 01/09/2023	Nº do Documento: 14336439	Espécie Doc.: DM	Aceite: N	Data de Processamento: 01/09/2023		Nosso Número / Cód. do Documento: 02430869-4
Uso do Banco	Carteira: 109	Espécie: R$	Quantidade	Valor		(=) Valor do Documento: 1.552,80

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

Sacador

INST. ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - 27949878000205
AV PERNAMBUCO ENTRE RUA 04 E 05 - 219 -
SÃO MIGUEL DO ARAGUA/GO - CEP 76590-000

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3310516334240861
05/09/2023 16:47:24

05/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:47:26
364803648 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090082696082293584573440009294740000500000
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 90.501
DATA DE VENCIMENTO 15/09/2023
DATA DO PAGAMENTO 05/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO 5.000,00
VALOR COBRADO 5.000,00
==========
NR.AUTENTICACAO 9.57B.8D1.CE8.709.9A5
==========
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
45280124 / T00	-	06/09/2023 06:06

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
45280124	**15/09/2023**	**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: 6359291/F

RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE IN 153/87.

TITULO NRO. 51743851

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 05/09/2023

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/430350630700015790T00045280124709897284

Código de Verificação: C0J.7UL.NOS

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-045280124/709897284

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log MD
uma marca Edenred

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 26960.822935 84573.440009 2 94740000500000

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/0045734-4	R$		109/00269608-2

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.TL-11576524	03.506.307/0001-57	15/09/2023	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

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 26960.822935 84573.440009 2 94740000500000

Local de Pagamento	Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO	15/09/2023
Beneficiário	**Agência/Código do Beneficiário**
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/0045734-4

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
05/09/2023	1.TL-11576524	DS	SIM	05/09/2023	109/00269608-2

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento
		R$			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

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**

Corte na linha pontilhada

EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nível

G3361216260917231
12/09/2023 16:39:25

12/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:39:26
364803648 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090244327405849490157360000894710000205280
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
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO 91.201
DATA DE VENCIMENTO 12/09/2023
DATA DO PAGAMENTO 12/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO 2.052,80
VALOR COBRADO 2.052,80
==========
NR.AUTENTICACAO 8.880.8BF.64C.E0D.C2D
==========
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 1195551 Série 3, emitido em 15/09/2023

20231004u00288916000199

Número da Nota	**03192845**
Data e Hora de Emissão	**18/09/2023 17:48:30**
Código de Verificação	**TVX3-KEDP**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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: **27.949.878/0002-05** Inscrição Municipal: ----
Endereço: **Rua T 10 208, sala 1501 - SETOR BUENO - CEP: 74223-060**
Município: **Goiânia** 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.sempararempresas.com.br/vtonline/demonstrativo.php?NUMRPS=001195551&NUMSERIE=3&NUMPREF=3 Id Pedido:14345007

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 52,80

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	52,80	2,00%	1,05	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 1195551 Série 3, emitido em 15/09/2023; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/10/2023;

VB SERVIÇOS COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO. LTDA
Avenida Dra Ruth Cardoso 7221 18º anda
Pinheiros - São Paulo/SP CEP 05425-90
CNPJ 00.288.916/0010-8

Itaú BANCO ITAÚ SA | 341-7 | RECIBO DO SACADO

Nome do Empreendedor	CNPJ/CPF	Nosso Número	Agência / Código do Cedente	Valor do Documento
27949878000205 - INST. ALCANCE GESTAO EM	27949878000205	02432740-5	8499-/0015736-	2.052,80

Demonstrativo

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Cod.	Descrição	Quantidade	Unitário	Sub-Total
48535	AUTO - CREDITO VEICULO	1	1.700,00	1.700,00
48535	AUTO - CREDITO VEICULO	1	300,00	300,00

Autenticação Mecânic

Itaú BANCO ITAÚ SA | 341-7 | 34191.09024 43274.058494 90157.360000 8 9471000020528

Local de Pagamento
ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA

Vencimento: 12/09/2023

Cedente	CNPJ/CPF	Agência / Código do Cedente
VB SERVIÇOS COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO. LTDA.	00.288.916/0010-80	8499-/0015736-

Data do Documento	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data de Processamento	Nosso Número / Cód. do Documento
11/09/2023	14345007	DM	N	11/09/2023	02432740-5

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	109	R$			2.052,80

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

Sacador

INST. ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - 27949878000205
AV T 10 - 208 - sala 1501 -
GOIÂNIA/GO - CEP 74223-060

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO



EMPRESA

Emissão de comprovantes - 3o nivel

G3352513544800891
25/09/2023 13:57:00

25/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 13:57:01
364803648 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090082738686293584573440009794890000419990
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 92.201
DATA DE VENCIMENTO 30/09/2023
DATA DO PAGAMENTO 22/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO 4.199,90
VALOR COBRADO 4.199,90
==========
NR.AUTENTICACAO A.3AB.4B8.901.0FA.7BA
==========
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

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

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

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

Transação efetuada com sucesso por: JC899890 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log
uma marca Edenred

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 27386.862935 84573.440009 7 94890000419990

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/0045734-4	R$		109/00273868-6

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.TL-11588436	03.506.307/0001-57	30/09/2023	4.199,90

(-) 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 27386.862935 84573.440009 7 94890000419990

Local de Pagamento	Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO	30/09/2023
Beneficiário	**Agência/Código do Beneficiário**
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/0045734-4

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
20/09/2023	1.TL-11588436	DS	SIM	20/09/2023	109/00273868-6

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento
		R$			4.199,90

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

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**



Corte na linha pontilhada

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
45386139 / T00	-	23/09/2023 06:04

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
45386139	**02/10/2023**	**4.199,90**			

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 - Servicos Agregados	**10.05**	**2,00**	**199,90**	**1,00 / UN**	**0,00**	**199,90**	**4,00**

VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL: R$ 4.199,90

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
199,90	**4.000,00**	**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$ 4.199,90

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 6463653/F

RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE IN 153/87.

TITULO NRO. 52089674

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 24/09/2023

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/43035063070001579OT00045386139235115334

Código de Verificação: 5OU.VEE.QF1

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-045386139/235115334

29/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:50:59
364803648 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090082794051293584573440009194970000300000
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	92.904
DATA DE VENCIMENTO	08/10/2023
DATA DO PAGAMENTO	29/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO	3.000,00
VALOR COBRADO	3.000,00

NR.AUTENTICACAO 1.955.BC0.F0F.EA0.D45

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
45435897 / T00	-	30/09/2023 06:05

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
45435897	**09/10/2023**	**3.000,00**			

ITENS NÃO TRIBUTÁVEIS - REEMBOLSO

Descrição	Qtd / Unid	Valor Bruto	Desconto	Retenção	Valor líquido
REEMBOLSO COMPRAS CARTAO FUEL CONTROL	**0,00**	**3.000,00**	**0,00**	**0,00**	**3.000,00**

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$ 3.000,00

DEMONSTRATIVO DE CÁLCULO

Valor de Serviço	Itens Não Tributáveis	Desconto Condicional	Deduções
0,00	**3.000,00**	**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$ 3.000,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

RPS/SERIE: 6513318/F

RECOLHIMENTO IRRF SERA FEITO PELO PRESTADOR DE SERVICOS, CFE IN 153/87.

TITULO NRO. 52232122

Regime Especial: 233248/2008

REF A TRANSACOES REALIZADAS ATE 01/10/2023

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/43035063070000157 90T00045435897040111327

Código de Verificação: NPO.5O2.ITU

Chave de Acesso: 43-03506307000157-90-T00-045435897/040111327

Instruções de Impressão

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

Corte na linha pontilhada

Recibo do Pagador

Ticket Log
uma marca Edenred

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 27940.512935 84573.440009 1 94970000300000

Beneficiário	Agência/Código do Beneficiário	Espécie	Quantidade	Nosso número
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/0045734-4	R$		109/00279405-1

Número do documento	CPF/CNPJ	Vencimento	Valor Documento
1.TL-11598740	03.506.307/0001-57	08/10/2023	3.000,00

(-) 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

Itaú Banco Itaú S.A.	341-7	34191.09008 27940.512935 84573.440009 1 94970000300000

Local de Pagamento	Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA ATÉ O VENCIMENTO	08/10/2023
Beneficiário	**Agência/Código do Beneficiário**
03.506.307/0001-57 TICKET SOLUCOES HDFGT SA	2938/0045734-4

Data do Documento	No documento	Espécie Doc	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
28/09/2023	1.TL-11598740	DS	SIM	28/09/2023	109/00279405-1

Uso do Banco	Carteira	Espécie	Quantidade	Valor Documento	(=) Valor do Documento
		R$			3.000,00

Instruções (Todas as informações deste bloqueto são de exclusiva responsabilidade do cedente)

(-) Desconto/Abatimento

(-) Outras Deduções

(+) Mora/Multa

(+) Outros acréscimos

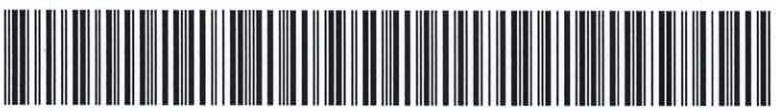
(=) Valor Cobrado

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

Autênticação Mecânica - **Ficha de Compensação**



Corte na linha pontilhada

29/09/2023 - BANCO DO BRASIL - 16:50:59
364803648 0013

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X CONTA: 43.826-X
==========
ITAU UNIBANCO S.A.

34191090244456519849490157360000794880000105280
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
CNPJ: 27.949.878/0002-05

NR. DOCUMENTO 92.905
DATA DE VENCIMENTO 29/09/2023
DATA DO PAGAMENTO 29/09/2023
VALOR DO DOCUMENTO 1.052,80
VALOR COBRADO 1.052,80
==========
NR.AUTENTICACAO 5.BC0.778.F0F.D68.CBF
==========
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 1221116 Série 3, emitido em 02/10/2023

20231004u00288916000199

Número da Nota	03216202
Data e Hora de Emissão	02/10/2023 14:06:28
Código de Verificação	8RIM-D1LL

PRESTADOR DE SERVIÇOS

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: **27.949.878/0002-05** Inscrição Municipal: ----

Endereço: **Rua T 10 208, sala 1501 - SETOR BUENO - CEP: 74223-060**

Município: **Goiânia** 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.sempararempresas.com.br/vtonline/demonstrativo.php?NUMRPS=001221116&NUMSERIE=3&NUMPREF=3 Id Pedido:14396769

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 52,80

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	52,80	2,00%	1,05	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 1221116 Série 3, emitido em 02/10/2023; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/11/2023;

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 ITAÚ SA | **341-7** | **RECIBO DO SACADO**

Nome do Empreendedor	CNPJ/CPF	Nosso Número	Agência / Código do Cedente	Valor do Documento
27949878000205 - INST. ALCANCE GESTAO EM	27949878000205	02445651-9	8499-/0015736-	1.052,80

Demonstrativo

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Cod.	Descrição	Quantidade	Unitário	Sub-Total
48535	AUTO - CREDITO VEICULO	1	1.000,00	1.000,00

Autenticação Mecânica

BANCO ITAÚ SA | **341-7** | **34191.09024 44565.198494 90157.360000 7 94880000105280**

Local de Pagamento					Vencimento
ATÉ O VENCIMENTO PAGÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA BANCÁRIA					29/09/2023
Cedente				**CNPJ/CPF**	**Agência / Código do Cedente**
VB SERVIÇOS COMÉRCIO E ADMINISTRAÇÃO. LTDA.				00.288.916/0010-80	8499-/0015736-
Data do Documento	**Nº do Documento**	**Espécie Doc.**	**Aceite**	**Data de Processamento**	**Nosso Número / Cód. do Documento**
28/09/2023	14396769	DM	N	28/09/2023	02445651-9
Uso do Banco	**Carteira**	**Espécie**	**Quantidade**	**Valor**	**(=) Valor do Documento**
	109	R$			1.052,80

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

Sacador

INST. ALCANCE GESTAO EM SAUDE - IAGS - 27949878000205
AV T 10 - 208 - sala 1501 -
GOIÂNIA/GO - CEP 74223-060

Código de Baixa

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO

7. TAXAS/CERTIFICADOS/SEGUROS

8. IMPOSTOS S/NF

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
27/09/2023 - AUTOATENDIMENTO - 09.25.33
3648X03648 SEGUNDA VIA 0002
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: 500.002-2

FAVORECIDO: MUNICIPIO DE SAO MIGUEL DO ARAGUAIA
CPF/CNPJ: 02.391.654/0001-19
VALOR: R$ 35,52
DEBITO EM: 26/09/2023
==========
DOCUMENTO: 092606
AUTENTICACAO SISBB: C.726.26F.A89.F4D.337

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA

02.391.654/0001-19

Av J P Nascimento 3851 Sc - S Oeste, São Miguel Do Araguaia, Goiás

Identificação do Contribuinte

Contribuinte: INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE **CPF/CNPJ: 27.949.878/0002-05**

Endereço do Contribuinte: AV PERNAMBUCO, N°: 219, ELIZIARIO, QUADRA19 **SALA DA DIRETORIA, CEP: 76.590-000, SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO**

Via Contribuinte

Nome Fantasia: HMAA

CNAE: 8610101 - ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGENCIAS

Identificação do Debito (1084640)

Identificação:	72688	**Tributo:**	**ISSQN**	**Pagamento até:**	**27/09/2023**
Inscrição:	2010130746	Fase:	Administrativo	(=) Valor	**30,40**
		Referência:	2023/08	(+) Correção	**0,00**
Qtd funcionários:	3	Data lançamento:	12/09/2023	(+) Juros	**0,00**
Metragem:	40,00 m2	Vencimento:	20/09/2023	(+) Multa	**0,00**
Regime tributário:	Regime Normal	Base cálculo:	30,40	(-) Desconto	**0,00**
Chave:	**4EjY$Z58teX**	Alíquota:	100,0000 %	(+) tx expediente	**5,12**
Data emissão:	26/09/2023			**Total**	**35,52**

Linha Digitavel: 81680000000 1 35524197202 3 30927010000 6 00001084640 0

Emitido por jose.edison

Observação: Guia REST

Instruções para emissão de boleto atualizado:

Acessar a página >> http://www.saomigueldoaraguaia.go.gov.br/servicos/segundavia

Inserir a chave que consta nesse mesmo documento, a cima.

Boleto

Data documento	Seq.	Nº documento	Espécie DOC	Codigo	Inscrição	Pagamento Até
26/09/2023	**1**	**72688**	**DUAM**	**1084640**	**2010130746**	**27/09/2023**

Emitido:	Referenc	Tributo	Fase
por jose.edison	**2023/08**	**ISSQN**	**Administrativo**

Instruções para o Caixa

Observação: PAGAR NAS AGÊNCIAS DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, LOTÉRICAS, TERMINAIS DE AUTO ATENDIMENTO DA CAIXA, INTERNET BANKING CAIXA, APLICATIVO DE CELULAR DA CAIXA E DEMAIS TERMINAIS DE ATENDIMENTO DA CAIXA.

(=) Valor	**30,40**
(+) Correção	**0,00**
(+) Juros	**0,00**
(+) Multa	**0,00**
(-) Desconto	**0,00**
(+) Taxas	**5,12**
(=) Valor	**35,52**

Sacado

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE CPF/CNPJ: 27.949.878/0002-05

AV PERNAMBUCO, N°: 219, ELIZIARIO, QUADRA19 SALA DA DIRETORIA, CEP: 76.590-000, SÃO MIGUEL DO ARAGUAIA - GO

Via Banco

81680000000 1 **35524197202 3** **30927010000 6** **00001084640 0**



CNPJ: 27.949.878/0002-05

Número: 1084640

Pagar até: 27/09/2023

Valor: 35,52

```
27/09/2023    -  BANCO  DO  BRASIL  -    14:41:04
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                  27/09/2023
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.561
VALOR TOTAL                              8.199,77
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: INSTITUTO A G SAUDE
AGENCIA: 3648-X          CONTA:          43.561-9
NR. DOCUMENTO                553.648.000.043.826
================================================
NR.AUTENTICACAO           A.DC5.C22.C84.C57.0E9
```

Transação efetuada com sucesso por: JH075454 WESLEY DE ABREU SILVA JUNIOR.

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$ 8.199,77 (oito mil cento e noventa e nove reais e setenta e sete 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 quinta 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

27 de Setembro de 2023

9. MATERIAL PERMANENTE