

# Prestação de Contas

Julho  
2019

U.T.I  
MIRANDÓPOLIS

**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**

Avenida José Ariano Rodrigues, n. 303, CEP. 16400-000 | Fone (14) 3532-5198 | E-mail: [contato@ahbb.org.br](mailto:contato@ahbb.org.br).



## Consultas - Extrato de conta corrente

G335311330630655014  
31/07/2019 13:37:10

### Cliente - Conta atual

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
Período do extrato Mês atual

### Lançamentos

| Dt. balancete | Dt. movimento | Ag. origem | Lote Histórico                         | Documento           | Valor R\$    | Saldo  |
|---------------|---------------|------------|----------------------------------------|---------------------|--------------|--------|
| 28/06/2019    |               | 0000       | 00000 000 Saldo Anterior               |                     |              | 0,00 C |
| 01/07/2019    |               | 0000       | 14138 632 Ordem Banc?ria               | 201.906.280.035.492 | 355.226,00 C |        |
|               |               |            | 463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 6790       | 99015 470 Transfer?ncia enviada        | 550.101.000.068.535 | 1.351,00 D   |        |
|               |               |            | 01/07 0101 68535-6 MEDC X EQUIPAM      |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 6790       | 99015 470 Transfer?ncia enviada        | 553.062.007.004.231 | 245.584,57 D |        |
|               |               |            | 01/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 6790       | 99015 470 Transfer?ncia enviada        | 553.062.007.004.231 | 102.142,54 D |        |
|               |               |            | 01/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 0000       | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 70.101              | 2.544,00 D   |        |
|               |               |            | SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO         |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 0000       | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 70.102              | 476,76 D     |        |
|               |               |            | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS         |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 0000       | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 70.103              | 538,02 D     |        |
|               |               |            | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS         |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 0000       | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 70.104              | 2.568,75 D   |        |
|               |               |            | SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO         |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 0000       | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 831.820.900.968.480 | 10,18 D      |        |
|               |               |            | Cobrança referente a 28/06/2019        |                     |              |        |
| 01/07/2019    |               | 0000       | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 831.820.900.968.481 | 10,18 D      | 0,00 C |
|               |               |            | Cobrança referente a 28/06/2019        |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 3062       | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 37.323,50 C  |        |
|               |               |            | 02/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.201              | 875,00 D     |        |
|               |               |            | 756 3190 029000179000169 CARLOS ALEXAN |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.202              | 3.000,00 D   |        |
|               |               |            | 341 5424 027194041000112 JULIO CEZAR K |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.203              | 1.500,00 D   |        |
|               |               |            | 077 0001 033494143000156 FERNANDA SILV |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.204              | 750,00 D     |        |
|               |               |            | 756 3190 030284557000162 ALEX SANDRO F |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.205              | 1.000,00 D   |        |
|               |               |            | 341 0460 023808931000116 ERICA CRISTIA |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.206              | 550,00 D     |        |
|               |               |            | 077 0001 032631643000120 JACKELINE LIZ |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.207              | 1.750,00 D   |        |
|               |               |            | 077 0001 024454851000172 TATIANE CRIST |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.208              | 1.000,00 D   |        |
|               |               |            | 077 0001 026787458000126 MARCIO ANTONI |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.209              | 800,00 D     |        |
|               |               |            | 341 0218 029424497000157 LUCIANA SILVA |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.210              | 550,00 D     |        |
|               |               |            | 077 0001 030745865000148 JULIANA DOS S |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.211              | 1.375,00 D   |        |
|               |               |            | 748 3032 029099114000112 DARLA CAROLIN |                     |              |        |
| 02/07/2019    |               | 0000       | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.212              | 600,00 D     |        |
|               |               |            | 341 5424 024278172000190 ANDRE BUENO D |                     |              |        |



|            |      |                                        |                     |             |        |
|------------|------|----------------------------------------|---------------------|-------------|--------|
| 02/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.213              | 1.750,00 D  |        |
|            |      | 341 5424 024278172000190 ANDRE BUENO D |                     |             |        |
| 02/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.214              | 3.461,00 D  |        |
|            |      | 341 5424 024278172000190 ANDRE BUENO D |                     |             |        |
| 02/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.215              | 4.950,00 D  |        |
|            |      | 341 5424 024278172000190 ANDRE BUENO D |                     |             |        |
| 02/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.216              | 10.850,00 D |        |
|            |      | 077 0001 031036091000149 CAMILA CHANQU |                     |             |        |
| 02/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.217              | 812,50 D    |        |
|            |      | 077 0001 029011312000182 ANA CLAUDIA D |                     |             |        |
| 02/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.218              | 1.750,00 D  | 0,00 C |
|            |      | 077 0001 031936157000157 PATRICIA IGNA |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 14.828,90 C |        |
|            |      | 03/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 71,26 C     |        |
|            |      | 03/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 70.301              | 6.471,90 D  |        |
|            |      | TICKET SERVICOS S/A                    |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 70.302              | 5.357,00 D  |        |
|            |      | TICKET SERVICOS S/A                    |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv    | 70.303              | 3.000,00 D  |        |
|            |      | 077 0001 029088472000120 JESSICA CAROL |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 821.840.903.560.971 | 10,18 D     |        |
|            |      | Cobrança referente a 02/07/2019        |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 821.840.903.560.972 | 10,18 D     |        |
|            |      | Cobrança referente a 02/07/2019        |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 821.840.903.560.973 | 10,18 D     |        |
|            |      | Cobrança referente a 02/07/2019        |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 821.840.903.560.974 | 10,18 D     |        |
|            |      | Cobrança referente a 02/07/2019        |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 821.840.903.560.975 | 10,18 D     |        |
|            |      | Cobrança referente a 02/07/2019        |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 821.840.903.560.976 | 10,18 D     |        |
|            |      | Cobrança referente a 02/07/2019        |                     |             |        |
| 03/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 821.840.903.560.977 | 10,18 D     | 0,00 C |
|            |      | Cobrança referente a 02/07/2019        |                     |             |        |
| 05/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 76.019,75 C |        |
|            |      | 05/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 05/07/2019 | 0000 | 13134 250 Folha de Pagamento           | 56.448              | 68.977,84 D |        |
| 05/07/2019 | 0000 | 13105 375 Impostos                     | 70.501              | 6.771,73 D  |        |
|            |      | FGTS ARRECADACAO GRF                   |                     |             |        |
| 05/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 811.860.903.872.938 | 10,18 D     |        |
|            |      | Cobrança referente a 03/07/2019        |                     |             |        |
| 05/07/2019 | 0000 | 13113 170 Tarifa Modulo                | 831.861.200.213.769 | 60,00 D     |        |
|            |      | Cobrança referente 05/07/2019          |                     |             |        |
| 05/07/2019 | 0000 | 13113 170 Tarifa Modulo                | 831.861.200.567.848 | 70,00 D     |        |
|            |      | Cobrança referente 05/07/2019          |                     |             |        |
| 05/07/2019 | 0000 | 13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os    | 891.861.001.803.555 | 80,00 D     |        |
|            |      | Cobrança referente 05/07/2019          |                     |             |        |
| 05/07/2019 | 0000 | 00000 345 BB CP Automatico Empresa     | 5                   | 50,00 D     | 0,00 C |
| 08/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 13.363,48 C |        |
|            |      | 08/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 08/07/2019 | 6790 | 99015 470 Transfer?ncia enviada        | 550.448.000.019.418 | 9.292,64 D  |        |
|            |      | 08/07 0448 19418-2 RENATA MONTI F      |                     |             |        |
| 08/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 70.801              | 680,00 D    |        |
|            |      | BIOMEDICAL                             |                     |             |        |
| 08/07/2019 | 0000 | 13105 375 Impostos                     | 70.802              | 3.440,85 D  |        |
|            |      | FGTS ARREC GRRF                        |                     |             |        |
| 08/07/2019 | 0000 | 00000 855 BB CP Automatico Empresa     | 5                   | 50,01 C     | 0,00 C |
| 10/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 2.067,31 C  |        |
|            |      | 10/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 10/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.001              | 526,31 D    |        |
|            |      | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS         |                     |             |        |
| 10/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.002              | 441,00 D    |        |
|            |      | THOMSON REUTERS BRAS                   |                     |             |        |

|            |      |                                        |                     |             |        |
|------------|------|----------------------------------------|---------------------|-------------|--------|
| 10/07/2019 | 0000 | 13105 393 TED Transf. Eletr. Disponiv  | 71.003              | 1.100,00 D  | 0,00 C |
|            |      | 077 0001 033417895000113 JESSICA FERNA |                     |             |        |
| 15/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 14.824,28 C |        |
|            |      | 15/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 15/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.501              | 4.532,57 D  |        |
|            |      | LABORATORIO SAO PAULO                  |                     |             |        |
| 15/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.502              | 9.500,00 D  |        |
|            |      | ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP       |                     |             |        |
| 15/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.503              | 70,00 D     |        |
|            |      | RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA           |                     |             |        |
| 15/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.504              | 711,53 D    |        |
|            |      | BANCO SOFISA S/A                       |                     |             |        |
| 15/07/2019 | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico       | 811.960.904.404.754 | 10,18 D     | 0,00 C |
|            |      | Cobrança referente a 10/07/2019        |                     |             |        |
| 17/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 5.163,99 C  |        |
|            |      | 17/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 17/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.701              | 351,00 D    |        |
|            |      | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |                     |             |        |
| 17/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.702              | 433,90 D    |        |
|            |      | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |                     |             |        |
| 17/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.703              | 2.890,57 D  |        |
|            |      | SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD |                     |             |        |
| 17/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.704              | 1.488,52 D  | 0,00 C |
|            |      | SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 25.274,24 C |        |
|            |      | 18/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.801              | 3.055,00 D  |        |
|            |      | MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS         |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.802              | 1.107,10 D  |        |
|            |      | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.803              | 502,34 D    |        |
|            |      | BANCO SOFISA S/A                       |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.804              | 639,55 D    |        |
|            |      | SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.805              | 2.673,04 D  |        |
|            |      | SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.806              | 1.950,00 D  |        |
|            |      | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 375 Impostos                     | 71.807              | 1.649,91 D  |        |
|            |      | RFB- DARF PRETO CALCULADO              |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 375 Impostos                     | 71.808              | 5.114,92 D  |        |
|            |      | RFB- DARF PRETO CALCULADO              |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 375 Impostos                     | 71.809              | 922,64 D    |        |
|            |      | RFB- DARF PRETO CALCULADO              |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 196 INSS Arrecada??o             | 71.810              | 7.381,24 D  |        |
|            |      | GPS- Ident.: 45349461000889 - 06/2019  |                     |             |        |
| 18/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 71.811              | 278,50 D    | 0,00 C |
|            |      | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |                     |             |        |
| 22/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 1.284,10 C  |        |
|            |      | 22/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 22/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 72.201              | 99,90 D     |        |
|            |      | F B BABETO ME                          |                     |             |        |
| 22/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 72.202              | 1.184,20 D  | 0,00 C |
|            |      | HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME |                     |             |        |
| 23/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 5.685,04 C  |        |
|            |      | 23/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |             |        |
| 23/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 72.301              | 1.715,55 D  |        |
|            |      | SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD |                     |             |        |
| 23/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 72.302              | 1.188,74 D  |        |
|            |      | SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD |                     |             |        |
| 23/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 72.303              | 638,75 D    |        |
|            |      | BANCO SOFISA S/A                       |                     |             |        |
| 23/07/2019 | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo          | 72.304              | 2.144,00 D  | 0,00 C |
|            |      | MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS         |                     |             |        |
| 25/07/2019 | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida       | 553.062.007.004.231 | 3.884,71 C  |        |



|                                        |      |                                       |                     |              |        |
|----------------------------------------|------|---------------------------------------|---------------------|--------------|--------|
| 25/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                       |                     |              |        |
| 25/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.501              | 450,00 D     |        |
| PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA EPP |      |                                       |                     |              |        |
| 25/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.502              | 608,90 D     |        |
| COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS         |      |                                       |                     |              |        |
| 25/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.503              | 183,25 D     |        |
| DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |      |                                       |                     |              |        |
| 25/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.504              | 362,30 D     |        |
| DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |      |                                       |                     |              |        |
| 25/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.505              | 2.280,26 D   | 0,00 C |
| BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA           |      |                                       |                     |              |        |
| 26/07/2019                             | 0000 | 14138 632 Ordem Banc?ria              | 201.907.250.024.895 | 355.225,83 C |        |
| 463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL |      |                                       |                     |              |        |
| 26/07/2019                             | 6790 | 99015 470 Transfer?ncia enviada       | 550.058.000.059.599 | 934,00 D     |        |
| 26/07 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C      |      |                                       |                     |              |        |
| 26/07/2019                             | 6790 | 99015 470 Transfer?ncia enviada       | 553.062.007.004.231 | 97.698,03 D  |        |
| 26/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                       |                     |              |        |
| 26/07/2019                             | 6790 | 99015 470 Transfer?ncia enviada       | 553.062.007.004.231 | 154.346,60 D |        |
| 26/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                       |                     |              |        |
| 26/07/2019                             | 0000 | 13105 393 TED Transf. Eletr. Disponiv | 72.601              | 100.794,90 D |        |
| 341 0049 026392666000126 WINTER - GEST |      |                                       |                     |              |        |
| 26/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.602              | 750,00 D     |        |
| BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA           |      |                                       |                     |              |        |
| 26/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.603              | 702,30 D     | 0,00 C |
| DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |      |                                       |                     |              |        |
| 29/07/2019                             | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida      | 553.062.007.004.231 | 11.827,00 C  |        |
| 29/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                       |                     |              |        |
| 29/07/2019                             | 0000 | 13134 250 Folha de Pagamento          | 26.230              | 5.278,78 D   |        |
| 29/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.901              | 507,54 D     |        |
| COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS         |      |                                       |                     |              |        |
| 29/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.902              | 2.568,75 D   |        |
| SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO         |      |                                       |                     |              |        |
| 29/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.903              | 237,48 D     |        |
| CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA         |      |                                       |                     |              |        |
| 29/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.904              | 2.544,00 D   |        |
| SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO         |      |                                       |                     |              |        |
| 29/07/2019                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de T?tulo         | 72.905              | 680,00 D     |        |
| BIOMEDICAL                             |      |                                       |                     |              |        |
| 29/07/2019                             | 0000 | 13113 310 Tar DOC/TED Eletr?nico      | 822.100.903.262.282 | 10,45 D      | 0,00 C |
| Cobrança referente a 26/07/2019        |      |                                       |                     |              |        |
| 31/07/2019                             | 3062 | 03062 870 Transfer?ncia recebida      | 553.062.007.004.231 | 142.519,60 C |        |
| 31/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                       |                     |              |        |
| 31/07/2019                             | 0000 | 00000 999 S A L D O                   |                     | 142.519,60 C |        |

| Lançamentos futuros        |                   |           |     |              |  |
|----------------------------|-------------------|-----------|-----|--------------|--|
| Data                       | Lançamento        | Documento |     | Valor        |  |
| 31/07/2019                 | Tarifas Pendentes | 0         | R\$ | 3,40 D       |  |
| Saldo Aprovisionado no Dia |                   |           |     | 3,40 D       |  |
| Saldo                      |                   |           |     | 142.516,20 C |  |
| Juros                      |                   |           |     | 0,00         |  |
| Data de Debito de Juros    |                   |           |     | 31/07/2019   |  |
| IOF                        |                   |           |     | 0,00         |  |
| Data de Debito de IOF      |                   |           |     | 01/08/2019   |  |

-----  
 Há tarifas pendentes de cobrança. Total em  
 31/07/2019 R\$ 3,40. Sujeito à cobrança  
 quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.



Procure sua agência.

---

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678

Para deficientes auditivos 0800 729 0088

01/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:51:12  
679006790 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 01/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 550.101.000.068.535 |
| VALOR TOTAL           | 1.351,00            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| CLIENTE: MEDC X EQUIPAMENTOS CIRUR |                     |
| AGENCIA: 0101-5                    | CONTA: 68.535-6     |
| NR. DOCUMENTO                      | 556.790.000.000.211 |

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 5.2E9.4B8.0E9.FBF.7E0 |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



RECEBEMOS DE MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

NF-e

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº: 521

SÉRIE: 1

**MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP**

Rua Caldas Novas, 50 - Bethaville I

Barueri - SP

CEP: 06404-301

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

Nº: 521

Série: 1

FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3519 0516 6104 5100 0180 5500 1000 0005 2110 3274 3930

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora.

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190360556864 21/05/2019 12:43:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL

206488140110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

CNPJ / CPF

16.610.451/0001-80

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

21/05/2019 12:32:11

ENDEREÇO

Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

Jardim Ariano

CEP

16400-400

DATA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA / ENTRADA

**INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA**

NOME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

Av. EURICO GASPAR DUTRA, 620

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16370000

MUNICÍPIO

Promissão

UF

SP

FONE / FAX

**FATURA / PARCELA**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

R\$ 1.351,00

VALOR DO ICMS

R\$ 243,18

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.

R\$ 0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

R\$ 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

R\$ 1.351,00

VALOR DO FRETE

R\$ 0,00

VALOR DO SEGURO

R\$ 0,00

DESCONTO

R\$ 0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

R\$ 0,00

VALOR TOTAL DO IPI

R\$ 0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

R\$ 1.351,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0-REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,0000

PESO LÍQUIDO

0,0000

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                      | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID | QUANT. | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | VALOR |      | ALÍQUOTA % |      |
|--------|--------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|-------------|----------|---------|-------|------|------------|------|
|        |                                                        |          |     |      |      |        |             |          |         | ICMS  | IPI  | ICMS       | IPI  |
| 6247   | NOREPINEFRINA 4ML LOTE: 18070793 VL: 07/20             | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 100    | 1,7000      | 170,00   | 170,00  | 30,60 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 6236   | PIPE/TAZO 4g+500mg LT PT0418079 - VAL 09/2020          | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 20     | 21,0000     | 420,00   | 420,00  | 75,60 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 6230   | HEPARINA 5000UI/0,25ML LOTE: 19010223 VL: 01/21        | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 50     | 4,5000      | 225,00   | 225,00  | 40,50 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 0421   | CEFTRIAXONA SODICA 1G IV LOTE: 1003095 VL: 10/20       | 30049099 | 000 | 5102 | UN   | 50     | 6,0000      | 300,00   | 300,00  | 54,00 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 6235   | OMEOPRAZOL EV + DILUENTE 40MG LOTE: 18080169 VL: 07/20 | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 40     | 5,9000      | 236,00   | 236,00  | 42,48 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |

**CÁLCULO DO ISSQN**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informações complementares de interesse do Contribuinte:

PAGAMENTO BOLETO PARA 26/06/2019

UTI MIRANDÓPOLIS

CONVÊNIO 0101/2017

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0101/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo - Despesa - Custo

01/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:53:40  
679006790 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 01/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.062.007.004.231 |
| VALOR TOTAL           | 245.584,57          |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

|                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL |                     |
| AGENCIA: 3062-7                | CONTA: 7.004.231-4  |
| NR. DOCUMENTO                  | 556.790.000.000.211 |

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | F.859.E80.31C.DAE.AD8 |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

01/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:53:48  
679006790 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 01/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.062.007.004.231 |
| VALOR TOTAL           | 102.142,54          |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4  
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211  
=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 8.4F2.8A0.C3F.E92.E81 |
|------------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Emissão de comprovantes - 3o nível

G337211455726606382  
21/08/2019 15:10:15

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:05  
679006790 0003

### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190610929884963347800001526110179350000254400

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 70.101     |
| NOSSO NUMERO       | 6109988496 |
| CONVENIO           | 00000000   |
| DATA DE VENCIMENTO | 29/06/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 01/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 2.544,00   |
| VALOR COBRADO      | 2.544,00   |

=====

NR.AUTENTICACAO B.142.08D.505.AEA.F8A

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



Samtronic Indústria e Comércio Ltda

Rua Venda da Esperança, 162  
Socorro Cep:04763-040  
São Paulo/SP  
Fone: 551122447751

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

N. 000212751  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3519 0658 4266 2800 0133 5500 1000 2127 5110 0654 8670

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190463589379 28/06/2019 17:53:30-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ  
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV. JOSE ARJANO RODRIGUES, 303, SALA 03

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO

28/06/2019

DATA ENTRADA/SAÍDA

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001

28/07/2019

2.544,00

002

27/08/2019

2.544,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

5.088,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

5.088,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

VELOXX TRANSPORTES LTDA

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

14.990.752/0001-51

MUNICÍPIO

SÃO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

146964519117

QUANTIDADE

6

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

14,580

PESO LÍQUIDO

12,200

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD

EE902300

DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.

EQUIPO GIRASET EG 0421 0600 ESTERILIZADO

(CX 50UN)

Lote (S): MAR1990233351300B - Val

Idade: 31/03/2022

EE905500

EQUIPO GIRASET EG 0623 7000 ESTERILIZADO

(CX 50UN)

Lote (S): MAR1990553410600B - Val

Idade: 31/03/2022

NCM/SH

90189099

CST

040

CFOP

5101

UN

UN

QUANT.

200,0000

V.UNITARIO

16,96000000

V.TOTAL

3.392,00

BC.ICMS

0,00

V.ICMS

0,00

V.IPI

0,00

A.ICMS

0,00%

A.IPI

0,00%

90189099

040

5101

UN

100,0000

16,96000000

1.696,00

0,00

0,00

0,00

0,00%

0,00%

ATENÇÃO

CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA

Prazo máximo para reclamação: 07 dias consecutivos

a partir da data do recebimento do produto

Samtronic Ind. Com. Ltda

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135190463589379

PEDIDO DE 28/06/2019, ORC 013133 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO

N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES

ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenid ICMS 01 99 PRORROGADO ATE 30 09

2019 PELO INCISO XLVII CONV ICMS 49 DE ABRIL 2017 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS

DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXY Endereço

de entrega: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 16800-000, CENTRO MIRANDÓPOLIS, -

\*\*\* Pedido de Venda: 429442 \*\*\* Cotacao Numero: 2340 Valor Aproximado dos

Tributos: R\$ 1088.49 (21.39%). Fonte: IBPT.

Mirandópolis

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 10/07/19  
ASS. *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:05  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090171153600100715575171179380000047676

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0004-91

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 70.102

NOSSO NUMERO 17115360000715575

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 02/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 01/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 476,76

VALOR COBRADO 476,76

=====

NR.AUTENTICACAO D.4BA.0D4.16A.B2A.E8B

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

TRAC/ FIMILIO MARCONATO N 10 - GALPAO G22 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP  
CEP 13916-074 - 19352258/0

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1161920 FL 1/1

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 0567 7291 7800 0491 5500 1001 1619 2015 8236 2989

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

135190380827065 28/05/2019 20:41:41

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

28/05/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

28/05/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

| FATURA/DUPPLICATA | VENCIMENTO | VALOR  | FATURA/DUPPLICATA | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPPLICATA | VENCIMENTO | VALOR |
|-------------------|------------|--------|-------------------|------------|-------|-------------------|------------|-------|
| 1161920/1         | 02/07/2019 | 476,76 |                   |            |       |                   |            |       |

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 |      |
| 476,76                  |      | 85,82           | 0,00                       |                   | 0,00                     | 476,76                   |      |
| VALOR DO FRETE          | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 0,00                       | VALOR DO DESCONTO | 0,00                     | OUTRAS DESPESAS          | 0,00 |
|                         |      |                 |                            |                   |                          | VALOR TOTAL DA NOTA      |      |
|                         |      |                 |                            |                   |                          | 476,76                   |      |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                 |           |                           |             |                  |    |                    |
|---------------------------------|-----------|---------------------------|-------------|------------------|----|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL             |           | PRETE POR CONTA           | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ               |
| NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. |           | 0 - Por conta do emitente |             |                  |    | 15.066.184/0001-60 |
| ENDEREÇO                        |           | MUNICÍPIO                 |             |                  | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA  |           | SAO JOSE DO RIO PRETO     |             |                  | SP | 647598751114       |
| QUANTIDADE                      | ESPECIE   | MARCA                     | NUMERO      | PESO BRUTO       |    | PESO LIQUIDO       |
| 1,00                            | VOLUME(S) |                           | 0,00005     | 5,302            |    | 5,302              |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                                                    | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT.   | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|----------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 015423 | ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE) L: 190300012<br>1 Q. 60,0000 V: 28/02/2024                               | 30059090 | 000 | 5102 | RO | 60,00    | 0,7029         | 42,17       | 42,17        | 7,59       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 029144 | TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW234 Q: 1.000,0000<br>V: 30/01/2024                                              | 65069900 | 200 | 5102 | PC | 1.000,00 | 0,0431         | 43,10       | 43,10        | 7,76       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 020593 | CATETER NASAL TIPO OCULOS (MARKMED) L: 13418 Q:<br>40,0000 V: 01/04/2023                                       | 90183929 | 000 | 5102 | PC | 40,00    | 0,7049         | 28,20       | 28,20        | 5,08       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 028789 | EQUIPO MACRO-GOTAS P/ ALIMENTACAO ENTER. ESCAL<br>ONADO (DESCARPACK) L: SEAAA0008 Q: 40,0000 V: 30<br>/07/2023 | 90189099 | 000 | 5102 | PC | 40,00    | 1,5262         | 61,05       | 61,05        | 10,99      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 016209 | CLINDAMICINA 600MG.FOSFATO (HYPOFARMA) L: 190100<br>77 Q: 100,0000 V: 31/01/2021                               | 30049099 | 000 | 5102 | AP | 100,00   | 1,9384         | 193,84      | 193,84       | 34,89      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 030366 | TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290270 Q:<br>200,0000 V: 30/11/2020                                  | 38220090 | 600 | 5102 | TI | 200,00   | 0,542          | 108,40      | 108,40       | 19,51      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 29/05/2019 Pedido: 1407759 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1407759 \*\*\* BANCO DO BRASIL - Ag 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO \*\*\* AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 29/05/19  
ASS. *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:05  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090171153600100717542179679380000053802

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0004-91

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 70.103

NOSSO NUMERO 17115360000717542

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 02/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 01/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 538,02

VALOR COBRADO 538,02

=====

NR.AUTENTICACAO 5.091.EBC.84F.3C4.6D7

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



Identificação do emitente

**Rioclareense**

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PRAÇA EMILIO MARCONATO N 1000 GALPAO G22 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO  
ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP  
CEP 13916-074 - 193225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1164812 FL 1 / 1  
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0667 7291 7800 0491 5500 1001 1648 1216 0271 9542

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

135190400093135 04/06/2019 22:15:31

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/06/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

04/06/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR  | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|----------------|------------|--------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 1164812/1      | 02/07/2019 | 538,02 |                |            |       |                |            |       |

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 |  |                     |  |
| 538,02                    |  | 83,69           |  | 0,00                       |  | 0,00                     |  | 538,02                   |  |                     |  |
| 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                     |  | 538,02              |  |
| TRANSPORTADOR: [REDACTED] |  |                 |  |                            |  |                          |  |                          |  |                     |  |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                 |           |       |                           |             |                  |    |                    |
|---------------------------------|-----------|-------|---------------------------|-------------|------------------|----|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL             |           |       | FRETE POR CONTA           | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ               |
| NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. |           |       | 0 - Por conta do emitente |             |                  |    | 15.066.184/0001-60 |
| ENDEREÇO                        |           |       | MUNICÍPIO                 |             |                  | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA  |           |       | SAO JOSE DO RIO PRETO     |             |                  | SP | 647598751114       |
| QUANTIDADE                      | ESPÉCIE   | MARCA | NUMERO                    | PESO BRUTO  | PESO LÍQUIDO     |    |                    |
| 6,00                            | VOLUME(S) |       | 0,07341                   | 40,251      | 40,251           |    |                    |
| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS   |           |       |                           |             |                  |    |                    |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                               | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT.   | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|----------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 025537 | BROMETO DE IPRATROPIO 0.025% (TEUTO) (ITEM GENERICO) L: 2433146 Q: 100,0000 V: 31/01/2020 | 30049069 | 000 | 5102 | FR | 100,00   | 0,8785         | 87,85       | 87,85        | 10,54      | 0,00      | 12,00          | 0,00          |
| 019015 | ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICO (UNIAO QUIMICA) L: 1910393 Q: 5,0000 V: 30/03/2022 | 30049099 | 000 | 5102 | TB | 5,00     | 6,7551         | 33,78       | 33,78        | 6,08       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 025437 | AGUA PARA INJECAO 500ML S.FECHADO (EUROFARMA) L: 599066 Q: 50,0000 V: 31/01/2021          | 30049099 | 000 | 5102 | FR | 50,00    | 2,6267         | 131,34      | 131,34       | 15,76      | 0,00      | 12,00          | 0,00          |
| 015423 | ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE) L: 19030012 2 Q: 84,0000 V: 28/02/2024              | 30059090 | 000 | 5102 | RO | 84,00    | 0,7029         | 59,04       | 59,04        | 10,63      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 030568 | CLOREXIDINA 1% 100ML (VIC PHARMA) L: M25104 Q: 2 4,0000 V: 31/03/2021                     | 30039099 | 000 | 5102 | FR | 24,00    | 1,492          | 35,81       | 35,81        | 6,45       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 029475 | LUVA DE PROCEDIMENTO M NITRILE S/TALCO (BE CARE) L: 02/2017 Q: 1.000,0000 V: 30/10/2020   | 40151900 | 000 | 5102 | PC | 1.000,00 | 0,1902         | 190,20      | 190,20       | 34,23      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASIL.PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 05/06/2019 Pedido: 1412747 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1412747 \*\*\* BANCO DO BRASIL - Ag. 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. INDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO \*\*\* AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS. 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL. RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc. XVII, RICMS/SP Dec.45490/00.(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 05/06/19  
ASS. *Adms*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado de Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:05  
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611346005773347300001526110179350000256875

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|               |        |
|---------------|--------|
| NR. DOCUMENTO | 70.104 |
|---------------|--------|

|              |            |
|--------------|------------|
| NOSSO NUMERO | 6113600577 |
|--------------|------------|

|          |          |
|----------|----------|
| CONVENIO | 00000000 |
|----------|----------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 29/06/2019 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 01/07/2019 |
|-------------------|------------|

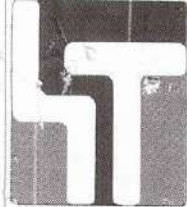
|                    |          |
|--------------------|----------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 2.568,75 |
|--------------------|----------|

|               |          |
|---------------|----------|
| VALOR COBRADO | 2.568,75 |
|---------------|----------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | E.133.FA9.EF4.591.3AF |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162  
Socorro Cep:04763-040  
Sao Paulo/SP  
Fone: 551122447751

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

N. 000210259  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01



**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
3519 0558 4266 2800 0133 5500 1000 2102 5910 0217 9172

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

## NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190385591180 30/05/2019 10:32:25-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ  
58.426.628/0001-33

## DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL  
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO  
30/05/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

## FATURA

|                               |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 001<br>29/06/2019<br>2.568,75 | 002<br>29/07/2019<br>2.568,75 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

## CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                 |                         |                       |                                              |                                    |                                    |                                      |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CALCULO DO ICMS<br>0,00 |                         | VALOR DO ICMS<br>0,00 | BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 |                                    | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>5.137,50 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 |                       | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00               | VALOR TOTAL DA NOTA<br>5.137,50      |

## TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                         |                               |            |                                    |                      |                                |
|-----------------------------------------|-------------------------------|------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL<br>VELOXX TRANSPORTES LTDA | FRETE POR CONTA<br>0-EMITENTE | CÓDIGO ANT | PLACA DO VEÍCULO                   | UF                   | CNPJ/CPF<br>14.990.752/0001-51 |
| ENDEREÇO<br>RUA ALVARENGA PEIXOTO       | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO        | UF<br>SP   | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>146964519117 |                      |                                |
| QUANTIDADE<br>6                         | ESPECIE<br>CAIXA              | MARCA      | NUMERAÇÃO                          | PESO BRUTO<br>19,440 | PESO LÍQUIDO<br>17,000         |

## DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.                                                                                        | NCM/SH   | CST | CFOP | UN | QUANT.   | V.UNITARIO  | V.TOTAL  | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|----------|-------------|----------|---------|--------|-------|--------|-------|
| EE902300  | EQUIPO GIRASEY EG 0421 0000 ESTERILIZADO<br>(CX 5000)<br>Lote (S): FEV1990233321300B - Val<br>idade: 26/02/2022 | 90189099 | 040 | 5101 | UN | 250,0000 | 16,96000000 | 4.240,00 | 0,00    | 0,00   | 0,00  | 0,00%  | 0,00% |
| EE900300  | EQUIPO GIRASEY EG 0422 0000 ESTERILIZADO<br>(CX 5000)<br>Lote (S): FEV1990031311600B - Val<br>idade: 26/02/2022 | 90189099 | 040 | 5101 | UN | 50,0000  | 17,95000000 | 897,50   | 0,00    | 0,00   | 0,00  | 0,00%  | 0,00% |

**ATENÇÃO**  
CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA  
Prazo máximo para reclamação: 07 dias consecutivos  
a partir da data de recebimento do produto  
Samtronic Ind Com. Ltda

## CÁLCULO DO ISSQN

|                                 |                          |                          |                |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL<br>94911827 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

## DADOS ADICIONAIS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135190385591180  
PEDIDO DE 28/05/2019, ORC 012153 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO  
N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES  
ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO ATE 30 09  
2019 PELO INCISO XLVII CONV ICMS 49 DE ABRIL 2017 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS  
DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco  
de entrega: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 16800-000, CENTRO MIRANDOPOLIS, -  
\*\*\* Pedido de Venda. 427211 \*\*\* Cotacao Numero: 1849 Valor Aproximado dos  
Tributos: R\$ 1648 63 (32.09%).

## RESERVADO AO FISCO

AMBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 04/106/19  
ASS. *loms*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

EM  
Mirandópolis

BAU

## Carta de Correção

|                                 |                 |               |
|---------------------------------|-----------------|---------------|
| <b>Orgão Recepção do Evento</b> | <b>Ambiente</b> | <b>Versão</b> |
| 35 - SÃO PAULO                  | 1 - Produção    | 1.00          |

|                                              |                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Chave de Acesso</b>                       | <b>Id do Evento</b>                                    |
| 35190558426628000133550010002102591002179172 | ID1101103519055842662800013355001000210259100217917201 |
| <b>Autor Evento (CNPJ / CPF)</b>             | <b>Data Evento</b>                                     |
| 58.426.628/0001-33                           | 30/05/2019 às 15:32:55-03:00                           |

|                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| <b>Tipo de Evento</b>      | <b>Sequencial do Evento</b> |
| 110110 - Carta de Correção | 1                           |

## Detalhes do Evento

|                            |               |
|----------------------------|---------------|
| <b>Descrição do Evento</b> | <b>Versão</b> |
| Carta de Correcao          | 1.00          |

|                                   |
|-----------------------------------|
| <b>Texto da Carta de Correção</b> |
| Quantidade de Volume Correto: 6   |

## Autorização pela SEFAZ

|                                            |                  |                              |
|--------------------------------------------|------------------|------------------------------|
| <b>Mensagem de Autorização</b>             | <b>Protocolo</b> | <b>Data/Hora Autorização</b> |
| 135 - Evento registrado e vinculado a NF-e | 135190386812111  | 30/05/2019 às 15:33:11-03:00 |

## 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. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.  
AGENCIA: 3190-9 - CREDIMOTA  
CONTA: 15.542-0

FAVORECIDO: CARLOS ALEXANDRE GODOY DE OLIVEIRA  
CPF/CNPJ: 29.000.179/0001-69  
VALOR: R\$ 875,00  
DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070201  
AUTENTICACAO SISBB: D.796.6F8.FD7.473.655



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PROMISSAO**  
**MUNICÍPIO DE PROMISSÃO**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



Número da NFS-e  
104  
Código de Verificação de Autenticidade  
B0GZ665X4  
Data e Hora de Emissão da NFS-e  
01/07/2019 às 09:52:33  
Chave de Acesso  
5816173JWU00D2JF2Y18R19H66DZYACT

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://kaingang.comunicapromissao.com.br:5661/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

|                                     |                    |                                                                |                                      |
|-------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<br>Exigível    | Número do Processo | Município de Incidência do ISS<br>PROMISSAO-SP                 | Local da Prestação<br>PROMISSAO - SP |
| Número do RPS                       | Série do RPS       | Tipo do RPS                                                    | Data do RPS                          |
| 01/07/2019                          |                    |                                                                |                                      |
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal   | Regime Especial Tributação<br>Microempresário Individual (MEI) | Tipo ISS<br>01 - Não Possui ISSQN    |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                    |                       |                     |             |                                                |
|--------------------|-----------------------|---------------------|-------------|------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ           | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro    | Nome/Razão Social                              |
| 29.000.179/0001-69 |                       | 00006943            | 00006943    | CARLOS ALEXANDRE GODOY DE OLIVEIRA 35111888810 |
| Logradouro         |                       |                     | Complemento | Bairro                                         |
| AV NOROESTE, 270   |                       |                     |             | CENTRO                                         |
| CEP                | Cidade                |                     | Telefone    | E-mail                                         |
| 16370-000          | PROMISSÃO-SP          |                     | 99114-4319  |                                                |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                |                       |                     |                                             |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------------------|
| CPF/CNPJ/Documento             | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                           |
| 45.349.461/0001-02             |                       |                     | Associação Hospitalar Beneficente do Brasil |
| Logradouro                     |                       |                     | Complemento                                 |
| AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 |                       |                     |                                             |
| CEP/Cod.Postal                 | Cidade/País           |                     | Telefone                                    |
| 16400-400                      | LINS - SP             |                     | 14 35325198                                 |
|                                |                       |                     | E-mail                                      |
|                                |                       |                     | ebatista@ahbb.org.br; clsato@ahbb.org.br;   |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                               | Vir. Unitário | Total      |
|-------|------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1,00  | UN         | Controladoria e prestacao contas/convenio 0107/ 2017 termo add 001/2019 | 875,00        | R\$ 875,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|                                                                                                     |                         |                       |                 |                |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| LC 116/2003: 17.01                                                                                  | Aliquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART            |
| Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista; análise... | 0.00%                   | 0000170000001         |                 |                |                       |
| Valor Total dos Serviços                                                                            | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido            |
| R\$ 875,00                                                                                          | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 875,00      | R\$ 0,00       | 2 - Não               |
|                                                                                                     |                         |                       |                 |                | Desconto Condicionado |
|                                                                                                     |                         |                       |                 |                | R\$ 0,00              |

**Retenções de Impostos**

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 875,00

**Informações Complementares**

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

RECEBI(EMOS) DE CARLOS ALEXANDRE GODOY DE OLIVEIRA 35111888810 O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 104 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO B0GZ665X4.

Data

CPF/RG

Assinatura

02/07/19  
 211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 5424-0 - SAO CARLOS MIGUEL PETRONI

CONTA: 4.251-2

FAVORECIDO: JULIO CEZAR KUBO SATO 10423645838

CPF/CNPJ: 27.194.041/0001-12

VALOR: R\$ 3.000,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070202

AUTENTICACAO SISBB: 0.B61.B99.280.EFE.984

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|-----------------|--|
|  |  | <p align="center"> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS</b><br/> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA</b><br/> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b> </p>                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                    |  | <p align="center"> <b>Número da NFS-e</b><br/> <b>61</b> </p> |  |                                      |  |                 |  |
| Data e Hora da Emissão                                                            |  | 01/07/2019 08:01:20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Competência                        |  | 1/7/2019                                                      |  | Código de Verificação                |  | 878227761       |  |
| Número do RPS                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | No. da NFS-e substituída           |  |                                                               |  | Local da Prestação                   |  | SAO CARLOS - SP |  |
| Prestador de Serviço                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Razão Social/Nome                                                                 |  | JULIO CEZAR KUBO SATO 10423645838                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Nome Fantasia                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| CNPJ/CPF                                                                          |  | 27.194.041/0001-12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Inscrição Municipal                |  | 72925                                                         |  | Município                            |  | SAO CARLOS - SP |  |
| Endereço e CEP                                                                    |  | RUA DOUTOR MARINO COSTA TERRA ,1000 - PARQUE SABARÁ CEP: 13567-640                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Complemento                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Telefone                           |  | 3307-7068                                                     |  | e-mail                               |  |                 |  |
| Tomador de Serviço                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Razão Social/Nome                                                                 |  | Associacao Hospitalar Beneficiente do Brasil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| CNPJ/CPF                                                                          |  | 45.349.461/0001-02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Inscrição Municipal                |  |                                                               |  | Município                            |  | LINS - SP       |  |
| Endereço e CEP                                                                    |  | Av Jose Ariano Rodrigues ,303 - Jardim Ariano CEP: 16400-400                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Complemento                                                                       |  | Centro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Telefone                           |  |                                                               |  | e-mail                               |  |                 |  |
| Discriminação do Serviço                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| serviços administrativos<br>convenio 0107/2017 - termo add 001/2019               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Código do Serviço / Atividade                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| 6920601 / 17.19 - Atividades de contabilidade                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Código da Obra                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  | Código ART                                                    |  |                                      |  |                 |  |
| Tributos Federais                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| PIS (R\$)                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | COFINS (R\$)                       |  |                                                               |  | IR (R\$)                             |  |                 |  |
| INSS (R\$)                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | CSLL (R\$)                         |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Outras Informações                 |  |                                                               |  | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |                 |  |
| Valor do Serviço R\$                                                              |  | 3.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Natureza Operação                  |  | Valor do Serviço R\$                                          |  | 3.000,00                             |  |                 |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                       |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 1-Tributação no município          |  | (-) Deduções Permitidas em Lei                                |  | 0,00                                 |  |                 |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Regime Especial Tributação         |  | (-) Desconto Incondicionado                                   |  | 0,00                                 |  |                 |  |
| (-) Retenções Federais                                                            |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 5-Microempresário Individual (MEI) |  | Base de Cálculo                                               |  | 3.000,00                             |  |                 |  |
| (-) Outras Retenções                                                              |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Opção Simples Nacional             |  | (x) Alíquota %                                                |  | 0,00                                 |  |                 |  |
| (-) ISSQN Retido                                                                  |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 1 - Sim                            |  | ISSQN a Reter                                                 |  | ( ) Sim (X) Não                      |  |                 |  |
| (=) Valor Líquido R\$                                                             |  | 3.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Incentivador Cultural              |  | (=) Valor do ISSQN R\$                                        |  | 0,00                                 |  |                 |  |
|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 2-Não                              |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |
| Avisos                                                                            |  | <p>1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.</p> <p>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.</p> <p>3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.</p> |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                 |  |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0007  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 077 - Banco Inter S.A.  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 2.864.966-4

FAVORECIDO: FERNANDA SILVERIO TONIOLO 276753578  
CPF/CNPJ: 33.494.143/0001-56  
VALOR: R\$ 1.500,00  
DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070203  
AUTENTICACAO SISBB: F.289.AC4.C01.23E.832

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|--|-----------------------|----|--------------------------------|--|-----------------|--|--|--|
|  |  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>                                                                            |  |                            |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>4</b> |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Data e Hora da Emissão                                                            |  | 30/06/2019 23:51:09                                                                                                                                                                                                |  | Competência                |  | 30/6/2019                          |  | Código de Verificação    |                                             | 992440280                   |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Número do RPS                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  | No. da NFS-e substituída |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| <b>Dados do Prestador de Serviços</b>                                             |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Razão Social/Nome                                                                 |  | FERNANDA SILVERIO TONIOLO 27675357841                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| CNPJ/CPF                                                                          |  | 33.494.143/0001-56                                                                                                                                                                                                 |  | Inscrição Municipal        |  | 1365327                            |  | Município                |                                             | ARARAQUARA                  |  | UF                    | SP |                                |  |                 |  |  |  |
| Endereço e Cep                                                                    |  | AVENIDA BRUNO ÔPICE ,2341 - CENTRO CEP: 14801-082                                                                                                                                                                  |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Complemento:                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | Telefone:                  |  | 16996283054                        |  | e-mail:                  |                                             | festoniolo@gmail.com        |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                                               |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Razão Social/Nome                                                                 |  | Associação Hospitalar Beneficente do Brasil                                                                                                                                                                        |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| CNPJ/CPF                                                                          |  | 45.349.461/0001-02                                                                                                                                                                                                 |  | Inscrição Municipal        |  |                                    |  | Município                |                                             | LINS                        |  | UF                    | SP |                                |  |                 |  |  |  |
| Endereço e CEP                                                                    |  | Av; José Ariano Rodrigues, ,303 - Jardim Ariano CEP: 16400-400                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Complemento:                                                                      |  | Sala 3                                                                                                                                                                                                             |  | Telefone:                  |  | (14)3532-5198                      |  | e-mail:                  |                                             | contabilidade2@ahbb.org.br  |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Serviços Administrativos/convenio 0107/2017 - termo add 0001/2019                 |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>                                              |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| 17.06 / 7319002 - Promoção de vendas                                              |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>                                |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Código da Obra                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  | Código ART               |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| <b>Tributos Federais</b>                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| PIS                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | COFINS                     |  |                                    |  | IR(R\$)                  |                                             |                             |  | INSS(R\$)             |    |                                |  | CSLL(R\$)       |  |  |  |
| <b>Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços</b>                           |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  | <b>Outras Retenções</b>            |  |                          | <b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b> |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Valor dos Serviços R\$                                                            |  | 1.500,00                                                                                                                                                                                                           |  | Natureza Operação          |  | Valor dos Serviços R\$             |  | 1.500,00                 |                                             | (-) Desconto Incondicionado |  |                       |    | (-) Deduções permitidas em lei |  |                 |  |  |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                    |  | 1-Tributação no município  |  | (-) Desconto Incondicionado        |  |                          |                                             | (-) Desconto Condicionado   |  |                       |    | Base de Cálculo                |  | 1.500,00        |  |  |  |
| (-) Retenções Federais                                                            |  | 0,00                                                                                                                                                                                                               |  | Regime especial Tributação |  | 5-Microempresário Individual (MEI) |  | (x) Aliquota %           |                                             | 0                           |  | Outras Retenções      |    | Opção Simples Nacional         |  | 2 - Não         |  |  |  |
| (-) ISS Retido                                                                    |  | 0,00                                                                                                                                                                                                               |  | Incentivador Cultura       |  | 2-Não                              |  | (-) Valor do ISS: R\$    |                                             | 0,00                        |  | (-) Valor do ISS: R\$ |    | 0,00                           |  | ( ) Sim (X) Não |  |  |  |
| (=) Valor Líquido: R\$                                                            |  | 1.500,00                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| <b>LÍQUIDO A PAGAR:</b>                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                    |  |                            |  | <b>Valor dos Serviços -</b>        |  |                          |                                             |                             |  | <b>1.500,00</b>       |    |                                |  |                 |  |  |  |
| Avisos                                                                            |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, com a utilização do Código de Verificação. |  |                            |  |                                    |  |                          |                                             |                             |  |                       |    |                                |  |                 |  |  |  |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo: Despesa. Custeio



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

AGENCIA: 3190-9 - CREDIMOTA

CONTA: 16.428-3

FAVORECIDO: ALEX SANDRO FERNANDES 29457146808

CPF/CNPJ: 30.284.557/0001-62

VALOR: R\$ 750,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070204

AUTENTICACAO SISBB: C.DED.9C4.41F.513.09E

|                                                                                  |  |                                                                                                                                |  |                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE PROMISSAO</b><br><b>MUNICÍPIO DE PROMISSÃO</b><br><b>NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e</b> |  |  |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>71</b><br><b>Código de Verificação de Autenticidade</b><br><b>GMEJ52NCJ</b><br><b>Data e Hora de Emissão da NFS-e</b><br><b>02/07/2019 às 06:52:21</b><br><b>Chave de Acesso</b><br><b>581926T7PULME7KGUT7CH7OBYEJ2Y06F</b><br><br>Para certificação da autenticidade acesse<br><a href="http://kaingang.comunicapromissao.com.br:5661/issweb">http://kaingang.comunicapromissao.com.br:5661/issweb</a> , menu consultas e informe os dados desta NFS-e. |  |
| <b>Informações Fiscais</b>                                                       |  |                                                                                                                                |  |                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Exigibilidade do ISS Exigível                                                    |  | Número do Processo                                                                                                             |  | Município de Incidência do ISS PROMISSAO-SP                                         |  | Local da Prestação PROMISSAO - SP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Número do RPS                                                                    |  | Série do RPS                                                                                                                   |  | Tipo do RPS                                                                         |  | Data do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| 02/07/2019                                                                       |  |                                                                                                                                |  |                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Optante Simples Nacional                                                         |  | Incentivo Fiscal                                                                                                               |  | Regime Especial Tributação                                                          |  | Tipo ISS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 1 - Sim                                                                          |  |                                                                                                                                |  | Microempresário Individual (MEI)                                                    |  | 01 - Não Possui ISSQN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                           |                       |                     |             |                                   |        |
|---------------------------|-----------------------|---------------------|-------------|-----------------------------------|--------|
| CPF/CNPJ                  | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Cadastro    | Nome/Razão Social                 |        |
| 30.284.557/0001-62        |                       | 00007035            | 00007035    | ALEX SANDRO FERNANDES 29457146808 |        |
| Logradouro                |                       |                     | Complemento |                                   | Bairro |
| RUA ROBERTO SIMONSEN, 234 |                       |                     |             |                                   | CENTRO |
| CEP                       | Cidade                | Telefone            |             | E-mail                            |        |
| 16370-000                 | PROMISSÃO-SP          | 3541-2061           |             |                                   |        |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                |                       |                     |                                             |                                           |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| CPF/CNPJ/Documento             | RG/Inscrição Estadual | Inscrição Municipal | Nome/Razão Social                           |                                           |
| 45.349.461/0001-02             |                       |                     | Associação Hospitalar Beneficente do Brasil |                                           |
| Logradouro                     |                       |                     | Complemento                                 | Bairro                                    |
| AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 |                       |                     |                                             | Jardim Ariano                             |
| CEP/Cod.Postal                 | Cidade/Pais           | Telefone            |                                             | E-mail                                    |
| 16400-400                      | LINS - SP             | 14 35325198         |                                             | ebatista@ahbb.org.br; clsato@ahbb.org.br; |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                                | Vir. Unitário | Total      |
|-------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 1,00  | UN         | controladoria e prestacao de contas convenio mirandopolis 0107 /2017- termo add 001/2019 | 750,00        | R\$ 750,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

| LC 116/2003: 17.01                                                                                  |                         |                       |                 | Construção Civil |            |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|------------|-----------------------|
| Assessoria ou consultoria de qualquer natureza, não contida em outros itens desta lista; análise... | Aliquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra   | Código ART |                       |
|                                                                                                     | 0.00%                   | 0000170000001         |                 |                  |            |                       |
| Valor Total dos Serviços                                                                            | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS     | ISS Retido | Desconto Condicionado |
| R\$ 750,00                                                                                          | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 750,00      | R\$ 0,00         | 2 - Não    | R\$ 0,00              |

**Retenções de Impostos**

| PIS      | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 750,00

**Informações Complementares**

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

RECEBI(EMOS) DE ALEX SANDRO FERNANDES 29457146808 O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 71 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO GMEJ52NCJ.

Data

CPF/RG

Assinatura

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0460-X - PROMISSAO SP

CONTA: 9.938-5

FAVORECIDO: ERICA CRISTIANE BATISTA 31126635863

CPF/CNPJ: 23.808.931/0001-16

VALOR: R\$ 1.000,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070205

AUTENTICACAO SISBB: 1.864.883.F0F.8EB.80B

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio





**PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS**  
**Secretaria Municipal de Administração e Finanças**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada - NFS-e**

Número da Nota  
148

Data de Emissão  
02/07/2019

Data e Hora da Competência  
02/07/2019 às 07:23:20

Código de Verificação  
5074-6868-5100

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**CNPJ** 23.808.931/0001-16 **Cód. Mobiliário** 103368 **Insc. Mun.** 103368  
**Nome** ERICA CRISTIANE BATISTA 31126635863 **IE** ISENT0  
**Logradouro** RUA-MARIA ESMERIA **Número** 236  
**Bairro** RIBEIRO **CEP** 16401-043  
**Município** LINS **UF** SP

**Autenticação**



**Situação** Optante do MEI  
**Telefones** 3541-6642  
**E-Mail's**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**Dentro do País** Sim **IE** ISENT0  
**CPF/CNPJ** 45.349.461/0001-02 **Cód. Mobiliário** 104244  
**Inscrição Mun.** 104244 **Telefone** contabilidade2@ahbb.org.br  
**Nome** ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
**E-mail** jvalentim@ahbb.org.br  
**Inf. Comp.**  
**Logradouro** AVENIDA-JOSE ARIANO RODRIGUES **Número** 303  
**Bairro** JARDIM ARIANO **CEP** 16400-400  
**Município** LINS **UF** SP  
**Complemento** SALA 03 **País** BRASIL

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Serviço | Descrição                | Vlr. Unitário | Qtde | Desconto | Aliq. Tributo (IBPT) | Total    |
|---------|--------------------------|---------------|------|----------|----------------------|----------|
| 1       | SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS | 1.000,0000    | 1,00 | 0,00     | 0,00                 | 1.000,00 |

Valor Total dos Serviços - **RS1.000,00**

**INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Referente a Contabilidade - Convenio 0107 - Termo Aditivo 001/2019

**VALOR TOTAL DA NOTA = RS1.000,00**

**Atividade**

8219999-Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior

**Situação da Nota Fiscal**

Microempreendedor

**Local do Serviço**

Dentro do Município

**Responsável pelo Imposto**

Prestador dos Serviços

**OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

**Recebi(emos) do Prestador: ERICA CRISTIANE BATISTA 31126635863 CNPJ: 23.808.931/0001-16**

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada n.º 148 emitida em 02/07/2019 às 07:23:20 - Cód Verif 5074-6868-5100

Condições de Pagamento: Vencimento: 02/07/2019 Valor Total R\$ 1.000,00 Valor Líquido R\$ 1.000,00

Ass: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - Banco Inter S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 2.320.638-1

FAVORECIDO: JACKELINE LIZ SILVA 35983528831

CPF/CNPJ: 32.631.643/0001-20

VALOR: R\$ 550,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070206

AUTENTICACAO SISBB: 3.ABE.634.8F5.B7C.984

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 080196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
19

|                         |                     |                          |          |                        |                            |
|-------------------------|---------------------|--------------------------|----------|------------------------|----------------------------|
| Data e Hora da Emissão: | 01/07/2019 09:02:42 | Competência:             | 1/7/2019 | Código de Verificação: | 255060546                  |
| Número do RPS:          |                     | Nº da NFS-e substituída: |          | Local da Prestação:    | SAO JOSE DO RIO PRETO - SP |

Dados do Prestador de Serviços

|                    |                                                         |                      |         |            |                              |
|--------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|---------|------------|------------------------------|
| Razão Social/Nome: | JACKELINE LIZ SILVA 35983528831                         |                      |         |            |                              |
| CNPJ/CPF:          | 32.631.643/0001-20                                      | Inscrição Municipal: | 3582730 | Município: | SAO JOSE DO RIO PRETO UF: SP |
| Endereço e Cep:    | AV PROGRESSO ,1351 - ELDORADO (1ª PARTE) CEP: 15043-420 |                      |         |            |                              |
| Complemento:       |                                                         | Telefone:            |         | e-mail:    |                              |

Dados do Tomador de Serviços

|                    |                                                                   |                      |               |            |                            |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|------------|----------------------------|
| Razão Social/Nome: | ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL                      |                      |               |            |                            |
| CNPJ/CPF:          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal: |               | Município: | LINS UF: SP                |
| Endereço e CEP:    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                      |               |            |                            |
| Complemento:       | SALA 03                                                           | Telefone:            | (14)3532-5198 | e-mail:    | contabilidade2@ahbb.org.br |

Discriminação dos Serviços

serviços administrativos/convenio 0107/2017 - termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

17.02 / 17.02.00 - Datilografia, digitação, estenografia, expediente, secretaria em geral, resposta audível, redação, e

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                 |  |             |  |
|-----------------|--|-------------|--|
| Código da Obra: |  | Código ART: |  |
|-----------------|--|-------------|--|

Tributos Federais

|      |  |         |  |          |  |            |  |            |  |
|------|--|---------|--|----------|--|------------|--|------------|--|
| PIS: |  | COFINS: |  | IR(R\$): |  | INSS(R\$): |  | CSLL(R\$): |  |
|------|--|---------|--|----------|--|------------|--|------------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços |        | Outras Retenções                   |                                     | Cálculo do ISSQN devido no Município |                 |
|--------------------------------------------------|--------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Valor dos Serviços R\$:                          | 550,00 | Natureza Operação                  | Valor dos Serviços R\$              |                                      | 550,00          |
| Desconto Incondicionado:                         | 0,00   | 1-Tributação no município          | Deduções/Deduções Permitidas em Lei |                                      | 0,00            |
| Desconto Condicionado:                           |        | Regime Especial Tributação         | Desconto Incondicionado:            |                                      | 0,00            |
| Retenções Federais:                              |        | 5-Microempresário Individual (MEI) | (=) Base de Cálculo                 |                                      |                 |
| Outras Retenções:                                |        | Opção Simples Nacional             | (x) Alíquota %                      |                                      |                 |
| Valor ISSQN Retido:                              |        | 1-Sim                              | ISS a reter:                        |                                      | ( ) Sim (X) Não |
|                                                  |        | Incentivador Cultural              | (=) Valor do ISS R\$:               |                                      |                 |
|                                                  |        | 2-Não                              |                                     |                                      |                 |

TOTAL DA NFS-e R\$:

550,00

Avisos

- 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
- 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site [sirr.ginfes.com.br](http://sirr.ginfes.com.br), com a utilização do Código de Verificação.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - Banco Inter S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 2.933.358-0

FAVORECIDO: TATIANE CRISTINE DOS SANTOS 3581618

CPF/CNPJ: 24.454.851/0001-72

VALOR: R\$ 1.750,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070207

AUTENTICACAO SISBB: A.AF2.254.76B.D19.2A7

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PROMISSAO**  
**MUNICÍPIO DE PROMISSÃO**  
**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**



Número da NFS-e  
**11**  
 Código de Verificação de Autenticidade  
**CM322QUJL**  
 Data e Hora de Emissão da NFS-e  
**01/07/2019 às 11:16:04**  
 Chave de Acesso  
**581678S7B8HDSLKV28AD6SLT956OKO2W**

Para certificação da autenticidade acesse  
<http://kaingang.comunicapromissao.com.br:5661/issweb>, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

**Informações Fiscais**

|                                  |                    |                                                |                                      |
|----------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Exigibilidade do ISS<br>Exigível | Número do Processo | Município de Incidência do ISS<br>PROMISSAO-SP | Local da Prestação<br>PROMISSAO - SP |
|----------------------------------|--------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------|

|               |              |             |             |             |
|---------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Número do RPS | Série do RPS | Tipo do RPS | Data do RPS | Competência |
|               |              |             |             | 01/07/2019  |

|                                     |                  |                                                                |                       |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Optante Simples Nacional<br>1 - Sim | Incentivo Fiscal | Regime Especial Tributação<br>Microempresário Individual (MEI) | Tipo ISS<br>04 - Fixo |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------|

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

|                                        |                        |                                 |                          |                                                              |
|----------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ<br>24.454.851/0001-72         | RG/Inscrição Estadual  | Inscrição Municipal<br>00007396 | Cadastro<br>00007396     | Nome/Razão Social<br>TATIANE CRISTINE DOS SANTOS 35816187880 |
| Logradouro<br>AV WASHINGTON LUIS, 1435 |                        |                                 | Complemento              | Bairro<br>CENTRO                                             |
| CEP<br>16370-000                       | Cidade<br>PROMISSÃO-SP |                                 | Telefone<br>14-997704874 | E-mail                                                       |

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

|                                              |                          |                         |                                                                  |
|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------|
| CPF/CNPJ/Documento<br>45.349.461/0001-02     | RG/Inscrição Estadual    | Inscrição Municipal     | Nome/Razão Social<br>Associação Hospitalar Beneficente do Brasil |
| Logradouro<br>AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 |                          |                         | Complemento                                                      |
| CEP/Cod.Postal<br>16400-400                  | Cidade/Pais<br>LINS - SP |                         | Bairro<br>Jardim Ariano                                          |
|                                              |                          | Telefone<br>14 35325198 | E-mail<br>ebatista@ahbb.org.br; clisato@ahbb.org.br;             |

**Discriminação dos Serviços**

| Qtde. | Un. Medida | Descrição                                                                | Vir. Unitário | Total        |
|-------|------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|
| 1,00  | UN         | Controladoria e prestacao contas/convenio 0107/2017 - termo add 001/2019 | 1.750,00      | R\$ 1.750,00 |

**Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS**

|                                                                                                    |                         |                       |                 |                |                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------|-----------------------------------|
| LC 116/2003: 17.02                                                                                 | Aliquota                | Atividade Município   | Código CNAE     | Código da Obra | Código ART                        |
| Datilografia, digitação, estenografia, expediente, secretaria em geral, resposta audível, redaç... | 0.00%                   | 0000170000002         | 8219999         |                |                                   |
| Valor Total dos Serviços                                                                           | Desconto Incondicionado | Deduções Base Cálculo | Base de Cálculo | Total do ISS   | ISS Retido                        |
| R\$ 1.750,00                                                                                       | R\$ 0,00                | R\$ 0,00              | R\$ 1.750,00    | R\$ 0,00       | Desconto Condicionado<br>R\$ 0,00 |

**Retenções de Impostos**

|          |          |          |          |          |                  |
|----------|----------|----------|----------|----------|------------------|
| PIS      | COFINS   | INSS     | IRRF     | CSLL     | Outras Retenções |
| R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00 | R\$ 0,00         |

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 1.750,00

**Informações Complementares**

RECEBI(EMOS) DE TATIANE CRISTINE DOS SANTOS 35816187880 O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 11 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO CM322QUJL.

Data

CPF/RG

Assinatura

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UGE 090196 - Hospital Estadual

"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis

Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.05  
6790306790 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 077 - Banco Inter S.A.  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 1.336.780-3

FAVORECIDO: MARCIO ANTONIO BARBOSA 22632002826  
CPF/CNPJ: 26.787.458/0001-26  
VALOR: R\$ 1.000,00  
DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070208  
AUTENTICACAO SISBB: D.27D.796.204.F6C.9D5

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



|                                                                                                                         |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------|
|                                        |                                                                 | M<br>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                      |                              | Número da NFS-e<br>170 |            |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                  | 01/07/2019 11:20:43                                             | Competência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1/7/2019       | Código de Verificação                | 873415269                    |                        |            |
| Número do RPS                                                                                                           |                                                                 | No. da NFS-e substituída                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | Local da Prestação                   | SAO CARLOS - SP              |                        |            |
| Prestador de Serviço                                                                                                    |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |                                                                 | MARCIO ANTONIO BARBOSA 22632002826                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                      |                              |                        |            |
| Nome Fantasia                                                                                                           |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| CNPJ/CPF                                                                                                                | 26.787.458/0001-26                                              | Inscrição Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 72452          | Município                            | SAO CARLOS - SP              |                        |            |
| Endereço e CEP                                                                                                          | AVENIDA OTTO WERNER ROSEL, 1455 - JARDIM IPANEMA CEP: 13563-673 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Complemento                                                                                                             |                                                                 | Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (16)99202-2002 | e-mail                               | MARCIOA.BARBOSA@YAHOO.COM.BR |                        |            |
| Tomador de Serviço                                                                                                      |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |                                                                 | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                      |                              |                        |            |
| CNPJ/CPF                                                                                                                | 45.349.461/0001-02                                              | Inscrição Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                | Município                            | LINS - SP                    |                        |            |
| Endereço e CEP                                                                                                          | AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Complemento                                                                                                             | SALA 03                                                         | Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (14)3532-5198  | e-mail                               | CONTABILIDADE@AHBB.ORG.BR    |                        |            |
| Discriminação do Serviço                                                                                                |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Contabilidade/convênio 0107/2017 - termo add 001/2019                                                                   |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Código do Serviço / Atividade                                                                                           |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| 8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                                                             |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| Código da Obra                                                                                                          |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | Código ART                           |                              |                        |            |
| Tributos Federais                                                                                                       |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |                              |                        |            |
| PIS (R\$)                                                                                                               |                                                                 | COFINS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                | IR (R\$)                             |                              | INSS (R\$)             | CSLL (R\$) |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                                                          |                                                                 | Outras Informações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | Cálculo do ISSQN devido no Município |                              |                        |            |
| Valor do Serviço R\$                                                                                                    | 1.000,00                                                        | Natureza Operação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                | Valor do Serviço R\$                 | 1.000,00                     |                        |            |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                             | 0,00                                                            | 1-Tributação no município                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | (-) Deduções Permitidas em Lei       | 0,00                         |                        |            |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                               | 0,00                                                            | Regime Especial Tributação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                | (-) Desconto Incondicionado          | 0,00                         |                        |            |
| (-) Retenções Federais                                                                                                  | 0,00                                                            | 5-Microempresário Individual (MEI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | Base de Cálculo                      | 1.000,00                     |                        |            |
| (-) Outras Retenções                                                                                                    | 0,00                                                            | Opção Simples Nacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                | (x) Alíquota %                       | 0,00                         |                        |            |
| (-) ISSQN Retido                                                                                                        | 0,00                                                            | 1 - Sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                | ISSQN a Reter                        | ( ) Sim (X) Não              |                        |            |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                   | 1.000,00                                                        | Incentivador Cultural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | (=) Valor do ISSQN R\$               | 0,00                         |                        |            |
|                                                                                                                         |                                                                 | 2-Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                      |                              |                        |            |
| Avisos                                                                                                                  |                                                                 | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.<br>3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |                |                                      |                              |                        |            |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0218-6 - LINS SP

CONTA: 12.959-1

FAVORECIDO: LUCIANA SILVA GALOCIO DE SOUZA 2216

CPF/CNPJ: 29.424.497/0001-57

VALOR: R\$ 800,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070209

AUTENTICACAO SISBB: 4.E27.BF3.EB3.C89.B33

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





**PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS**  
**Secretaria Municipal de Administração e Finanças**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada - NFS-e**

Número da Nota  
72

Data de Emissão  
01/07/2019

Data e Hora da Competência  
01/07/2019 às 13:20:24

Código de Verificação  
6514-0848-8114

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



CNPJ 29.424.497/0001-57 Cód. Mobiliário 105335 Insc. Mun. 105335  
Nome LUCIANA SILVA GALOCIO 22168565848 IE ISENTO  
Logradouro RUA-SADI CANOT BRANDAO Número 100  
Bairro PARQUE ALTO DE FATIMA CEP 16403-197  
Município LINS UF SP

**Autenticação**



Situação Optante do MEI  
Telefones (14) 3523-6272  
E-Mail's

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Dentro do País Sim  
CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 IE ISENTO  
Inscrição Mun. 104244 Cód. Mobiliário 104244  
Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
E-mail jvalentim@ahbb.org.br; Telefone contabilidade2@ahbb.org.br  
Inf. Comp.  
Logradouro AVENIDA-JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303  
Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400  
Município LINS UF SP  
Complemento SALA 03 País BRASIL

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Serviço | Descrição          | Vlr. Unitário | Qtde | Desconto | Aliq. Tributo (IBPT) | Total  |
|---------|--------------------|---------------|------|----------|----------------------|--------|
| 1       | SERVIÇOS PRESTADOS | 800,0000      | 1,00 | 0,00     | 0,00                 | 800,00 |

Valor Total dos Serviços - **RS800,00**

**INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

Serviços Prestados RH - Convênio 0107/2017 - Termo Aditivo 001/2019

**VALOR TOTAL DA NOTA = RS800,00**

**Atividade**

8219999-Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior

**Situação da Nota Fiscal**

Microempreendedor

**Local do Serviço**

Dentro do Município

**Responsável pelo Imposto**

Prestador dos Serviços

**OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

A situação "ISENTA/IMUNE" se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço "www.lins.sp.gov.br"

**Recebi(emos) do Prestador: LUCIANA SILVA GALOCIO 22168565848 CNPJ: 29.424.497/0001-57**

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Simplificada n.º 72 emitida em 01/07/2019 às 13:20:24 - Cód Verif 6514-0848-8114

Condições de Pagamento: Vencimento: 01/07/2019 Valor Total R\$ 800,00 Valor Líquido R\$ 800,00

Ass: \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090195 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - Banco Inter S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 1.616.475-0

FAVORECIDO: JULIANA DOS SANTOS VALENTIM 3434293

CPF/CNPJ: 30.745.865/0001-48

VALOR: R\$ 550,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070210

AUTENTICACAO SISBB: 4.9EA.736.364.533.30A

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|
|                                        |                                                                   | PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                       |                                      | Número da NFS-e<br>79 |  |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                  | 30/06/2019 19:48:33                                               | Competência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 30/6/2019                          | Código de Verificação | 627349889                            |                       |  |
| Número do RPS                                                                                                           |                                                                   | No. da NFS-e substituída                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    | Local da Prestação    | SAO CARLOS - SP                      |                       |  |
| Prestador de Serviço                                                                                                    |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |                                                                   | JULIANA DOS SANTOS VALENTIM 34342935821                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Nome Fantasia                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                | 30.745.865/0001-48                                                | Inscrição Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 76502                              | Município             | SAO CARLOS - SP                      |                       |  |
| Endereço e CEP                                                                                                          | RUA VICTÓRIO BONUCCI, 691 - JARDIM TANGARÁ CEP: 13568-110         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Complemento                                                                                                             | CASA 65                                                           | Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    | e-mail                |                                      |                       |  |
| Tomador de Serviço                                                                                                      |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |                                                                   | ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                       |                                      |                       |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    | Município             | LINS - SP                            |                       |  |
| Endereço e CEP                                                                                                          | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Complemento                                                                                                             |                                                                   | Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    | e-mail                | contabilidade2@ahbb.com.br           |                       |  |
| Discriminação do Serviço                                                                                                |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Serviços de RH/convenio 0107/2017 - termo add 110/2019                                                                  |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Banco: 077 - Banco Inter<br>Agência: 0001-9<br>Conta: 1616475-0                                                         |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Código do Serviço / Atividade                                                                                           |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| 8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                                                             |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Código da Obra                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | Código ART            |                                      |                       |  |
| Tributos Federais                                                                                                       |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| PIS (R\$)                                                                                                               |                                                                   | COFINS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    | IR (R\$)              |                                      | INSS (R\$)            |  |
| CSLL (R\$)                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                       |                                      |                       |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                                                          |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Outras Informações                 |                       | Cálculo do ISSQN devido no Município |                       |  |
| Valor do Serviço R\$                                                                                                    | 550,00                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Natureza Operação                  |                       | Valor do Serviço R\$                 | 550,00                |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                             | 0,00                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1-Tributação no município          |                       | (-) Deduções Permitidas em Lei       | 0,00                  |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                               | 0,00                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Regime Especial Tributação         |                       | (-) Desconto Incondicionado          | 0,00                  |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                  | 0,00                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5-Microempresário Individual (MEI) |                       | Base de Cálculo                      | 550,00                |  |
| (-) Outras Retenções                                                                                                    | 0,00                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Opção Simples Nacional             |                       | (x) Alíquota %                       | 0,00                  |  |
| (-) ISSQN Retido                                                                                                        | 0,00                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1 - Sim                            |                       | ISSQN a Reter                        | ( ) Sim (X) Não       |  |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                   | 550,00                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Incentivador Cultural              |                       | (=) Valor do ISSQN R\$               | 0,00                  |  |
|                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | 2-Não                 |                                      |                       |  |
| Avisos                                                                                                                  |                                                                   | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |                                    |                       |                                      |                       |  |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 0017/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 748 - BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.  
AGENCIA: 3032-5 - SICREDI SAO CARLOS  
CONTA: 3.515-7

FAVORECIDO: DARLA CAROLINE RAFAEL BITTENCOURT 2  
CPF/CNPJ: 29.099.114/0001-12  
VALOR: R\$ 1.375,00  
DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070211  
AUTENTICACAO SISBB: 2.461.D9A.DD2.FD3.997



|                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------------|--|------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
|                                        |  | <p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS<br/>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA<br/>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</p>                                                                                                                                                                                                                       |  |                          |  | <p>Número da NFS-e<br/>78</p> |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                  |  | 01/07/2019 14:35:52                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Competência              |  | 1/7/2019                      |  | Código de Verificação              |  | 390760857                  |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Número do RPS                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | No. da NFS-e substituída |  |                               |  | Local da Prestação                 |  | SAO CARLOS - SP            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| <b>Prestador de Serviço</b>                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |  | DARLA CAROLINE RAFAEL BITTENCOURT 21489694824                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Nome Fantasia                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                |  | 29.099.114/0001-12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Inscrição Municipal      |  | 74887                         |  | Município                          |  | SAO CARLOS - SP            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Endereço e CEP                                                                                                          |  | RUA FRANCISCO MARMORATO, 46 - NÚCLEO RESIDENCIAL SILVIO VILARI CEP: 13570-650                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Complemento                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Telefone                 |  | (16)99216-5902                |  | e-mail                             |  | luciana.muniz1@outlook.com |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| <b>Tomador de Serviço</b>                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |  | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                |  | 45.349.461/0001-02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Inscrição Municipal      |  |                               |  | Município                          |  | LINS - SP                  |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Endereço e CEP                                                                                                          |  | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Complemento                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Telefone                 |  | (14)3532-5198                 |  | e-mail                             |  | contabilidade2@ahbb.org.br |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| <b>Discriminação do Serviço</b>                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Serviços Prestados Controladoria, Prestação de Contas e Convênio 0107/2017 e Termo Aditivo 001/2019                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| 8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Código da Obra                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  | Código ART                         |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| <b>Tributos Federais</b>                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| PIS (R\$)                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | COFINS (R\$)             |  |                               |  | IR (R\$)                           |  |                            |  | INSS (R\$)                           |  |  |  | CSLL (R\$)      |  |  |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  | Outras Informações            |  |                                    |  |                            |  | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |  |  |                 |  |  |  |
| Valor do Serviço R\$                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 1.375,00                 |  |                               |  | Natureza Operação                  |  |                            |  | Valor do Serviço R\$                 |  |  |  | 1.375,00        |  |  |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                     |  |                               |  | 1-Tributação no município          |  |                            |  | (-) Deduções Permitidas em Lei       |  |  |  | 0,00            |  |  |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                     |  |                               |  | Regime Especial Tributação         |  |                            |  | (-) Desconto Incondicionado          |  |  |  | 0,00            |  |  |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                     |  |                               |  | 5-Microempresário Individual (MEI) |  |                            |  | Base de Cálculo                      |  |  |  | 1.375,00        |  |  |  |
| (-) Outras Retenções                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                     |  |                               |  | Opção Simples Nacional             |  |                            |  | (x) Alíquota %                       |  |  |  | 0,00            |  |  |  |
| (-) ISSQN Retido                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 0,00                     |  |                               |  | 1 - Sim                            |  |                            |  | ISSQN a Reter                        |  |  |  | ( ) Sim (X) Não |  |  |  |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 1.375,00                 |  |                               |  | Incentivador Cultural              |  |                            |  | (=) Valor do ISSQN R\$               |  |  |  | 0,00            |  |  |  |
|                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                          |  |                               |  | 2-Não                              |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |
| Avisos                                                                                                                  |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |  |                          |  |                               |  |                                    |  |                            |  |                                      |  |  |  |                 |  |  |  |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 5424-0 - SAO CARLOS MIGUEL PETRONI

CONTA: 4.243-9

FAVORECIDO: ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813

CPF/CNPJ: 24.278.172/0001-90

VALOR: R\$ 600,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070212

AUTENTICACAO SISBB: 4.3BE.D1B.FEA.13D.424

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
329

|                        |                     |                          |          |                       |                 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão | 01/07/2019 10:15:04 | Competência              | 1/7/2019 | Código de Verificação | 218951693       |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | SAO CARLOS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                                         |                     |                |           |                           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|---------------------------|
| Razão Social/Nome | ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813                                      |                     |                |           |                           |
| Nome Fantasia     |                                                                         |                     |                |           |                           |
| CNPJ/CPF          | 24.278.172/0001-90                                                      | Inscrição Municipal | 71454          | Município | SAO CARLOS - SP           |
| Endereço e CEP    | RUA NESTOR DE CAMPOS, 1120 - PARQUE SANTA FELÍCIA JARDIM CEP: 13562-415 |                     |                |           |                           |
| Complemento       | CASA                                                                    | Telefone            | (16)99431-8282 | e-mail    | andrebertollo84@gmail.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |  |           |           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|-----------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                       |                     |  |           |           |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal |  | Município | LINS - SP |
| Endereço e CEP    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |  |           |           |
| Complemento       | SALA 03                                                           | Telefone            |  | e-mail    |           |

Discriminação do Serviço

Serviços adm/convenio mirandopolis 0107/2017 - termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

8599604 / 8.02 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|           |  |              |  |          |  |            |  |            |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|
| PIS (R\$) |  | COFINS (R\$) |  | IR (R\$) |  | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |        | Outras Informações         |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |
|------------------------------------------------|--------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Valor do Serviço R\$                           | 600,00 | Natureza Operação          | Valor do Serviço R\$           | 600,00                               |  |
| (-) Desconto Incondicionado                    | 0,00   | 1-Tributação no município  | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00                                 |  |
| (-) Desconto Condicionado                      | 0,00   | Regime Especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado    | 0,00                                 |  |
| (-) Retenções Federais                         | 0,00   | 0-Nenhum                   | Base de Cálculo                | 600,00                               |  |
| (-) Outras Retenções                           | 0,00   | Opção Simples Nacional     | (x) Alíquota %                 | 2,00                                 |  |
| (-) ISSQN Retido                               | 0,00   | 1 - Sim                    | ISSQN a Reter                  | ( ) Sim (X) Não                      |  |
| (=) Valor Líquido R\$                          | 600,00 | Incentivador Cultural      | (=) Valor do ISSQN R\$         | 0,00                                 |  |
|                                                |        | 2-Não                      |                                |                                      |  |

Avisos

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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 5424-0 - SAO CARLOS MIGUEL PETRONI

CONTA: 4.243-9

FAVORECIDO: ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813

CPF/CNPJ: 24.278.172/0001-90

VALOR: R\$ 1.750,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070213

AUTENTICACAO SISBB: 9.3AB.B95.D83.26D.05B



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
323

|                        |                     |                          |          |                       |                 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão | 01/07/2019 10:07:08 | Competência              | 1/7/2019 | Código de Verificação | 242427273       |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | SAO CARLOS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                                         |                     |                |           |                           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|---------------------------|
| Razão Social/Nome | ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813                                      |                     |                |           |                           |
| Nome Fantasia     |                                                                         |                     |                |           |                           |
| CNPJ/CPF          | 24.278.172/0001-90                                                      | Inscrição Municipal | 71454          | Município | SAO CARLOS - SP           |
| Endereço e CEP    | RUA NESTOR DE CAMPOS, 1120 - PARQUE SANTA FELICIA JARDIM CEP: 13562-415 |                     |                |           |                           |
| Complemento       | CASA                                                                    | Telefone            | (16)99431-8282 | e-mail    | andrebertollo84@gmail.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |  |           |           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|-----------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                       |                     |  |           |           |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal |  | Município | LINS - SP |
| Endereço e CEP    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |  |           |           |
| Complemento       | SALA 03                                                           | Telefone            |  | e-mail    |           |

Discriminação do Serviço

controladoria e prestação de contas/convenio mirandopolis 0107/2017 -termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

8599604 / 8.02 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|           |  |              |  |          |  |            |  |            |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|
| PIS (R\$) |  | COFINS (R\$) |  | IR (R\$) |  | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |          | Outras Informações         |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |                 |
|------------------------------------------------|----------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Valor do Serviço R\$                           | 1.750,00 | Natureza Operação          | Valor do Serviço R\$           |                                      | 1.750,00        |
| (-) Desconto Incondicionado                    | 0,00     | 1-Tributação no município  | (-) Deduções Permitidas em Lei |                                      | 0,00            |
| (-) Desconto Condicionado                      | 0,00     | Regime Especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado    |                                      | 0,00            |
| (-) Retenções Federais                         | 0,00     | 0-Nenhum                   | Base de Cálculo                |                                      | 1.750,00        |
| (-) Outras Retenções                           | 0,00     | Opção Simples Nacional     | (x) Alíquota %                 |                                      | 2,00            |
| (-) ISSQN Retido                               | 0,00     | 1 - Sim                    | ISSQN a Reter                  |                                      | ( ) Sim (X) Não |
| (=) Valor Líquido R\$                          | 1.750,00 | Incentivador Cultural      | (=) Valor do ISSQN R\$         |                                      | 0,00            |
|                                                |          | 2-Não                      |                                |                                      |                 |

Avisos

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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 5424-0 - SAO CARLOS MIGUEL PETRONI

CONTA: 4.243-9

FAVORECIDO: ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813

CPF/CNPJ: 24.278.172/0001-90

VALOR: R\$ 3.461,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070214

AUTENTICACAO SISBB: 7.B86.1FC.D37.3AB.AB8





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
320

|                        |                     |                          |          |                       |                 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão | 01/07/2019 10:01:22 | Competência              | 1/7/2019 | Código de Verificação | 866196921       |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | SAO CARLOS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                                         |                     |                |           |                           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|---------------------------|
| Razão Social/Nome | ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813                                      |                     |                |           |                           |
| Nome Fantasia     |                                                                         |                     |                |           |                           |
| CNPJ/CPF          | 24.278.172/0001-90                                                      | Inscrição Municipal | 71454          | Município | SAO CARLOS - SP           |
| Endereço e CEP    | RUA NESTOR DE CAMPOS, 1120 - PARQUE SANTA FELICIA JARDIM CEP: 13562-415 |                     |                |           |                           |
| Complemento       | CASA                                                                    | Telefone            | (16)99431-8282 | e-mail    | andrebertollo84@gmail.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |  |           |           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|-----------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                       |                     |  |           |           |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal |  | Município | LINS - SP |
| Endereço e CEP    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |  |           |           |
| Complemento       | SALA 03                                                           | Telefone            |  | e-mail    |           |

Discriminação do Serviço

Treinamento/convenio mirandopolis 0107/2017 - termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

8599604 / 8.02 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|           |  |              |  |          |  |            |  |            |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|
| PIS (R\$) |  | COFINS (R\$) |  | IR (R\$) |  | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |          | Outras Informações         |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |
|------------------------------------------------|----------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Valor do Serviço R\$                           | 3.461,00 | Natureza Operação          | Valor do Serviço R\$           | 3.461,00                             |  |
| (-) Desconto Incondicionado                    | 0,00     | 1-Tributação no município  | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00                                 |  |
| (-) Desconto Condicionado                      | 0,00     | Regime Especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado    | 0,00                                 |  |
| (-) Retenções Federais                         | 0,00     | 0-Nenhum                   | Base de Cálculo                | 3.461,00                             |  |
| (-) Outras Retenções                           | 0,00     | Opção Simples Nacional     | (x) Alíquota %                 | 2,00                                 |  |
| (-) ISSQN Retido                               | 0,00     | 1 - Sim                    | ISSQN a Reter                  | ( ) Sim (X) Não                      |  |
| (=) Valor Líquido R\$                          | 3.461,00 | Incentivador Cultural      | (=) Valor do ISSQN R\$         | 0,00                                 |  |
|                                                |          | 2-Não                      |                                |                                      |  |

Avisos

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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 5424-0 - SAO CARLOS MIGUEL PETRONI

CONTA: 4.243-9

FAVORECIDO: ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813

CPF/CNPJ: 24.278.172/0001-90

VALOR: R\$ 4.950,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070215

AUTENTICACAO SISBB: 7.A4E.597.6EE.14A.919

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
321

|                        |                     |                          |          |                       |                 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão | 01/07/2019 10:04:14 | Competência              | 1/7/2019 | Código de Verificação | 662452876       |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | SAO CARLOS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                                         |                     |                |           |                           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|---------------------------|
| Razão Social/Nome | ANDRE BUENO DE CAMARGO 32211372813                                      |                     |                |           |                           |
| Nome Fantasia     |                                                                         |                     |                |           |                           |
| CNPJ/CPF          | 24.278.172/0001-90                                                      | Inscrição Municipal | 71454          | Município | SAO CARLOS - SP           |
| Endereço e CEP    | RUA NESTOR DE CAMPOS, 1120 - PARQUE SANTA FELÍCIA JARDIM CEP: 13562-415 |                     |                |           |                           |
| Complemento       | CASA                                                                    | Telefone            | (16)99431-8282 | e-mail    | andrebertollo84@gmail.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |  |           |           |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|-----------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                       |                     |  |           |           |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal |  | Município | LINS - SP |
| Endereço e CEP    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |  |           |           |
| Complemento       | SALA 03                                                           | Telefone            |  | e-mail    |           |

Discriminação do Serviço

controladoria e prestação de contas/convenio mirandopolis 0107/2017 -termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

8599604 / 8.02 - Treinamento em desenvolvimento profissional e gerencial

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|           |  |              |  |          |  |            |  |            |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|
| PIS (R\$) |  | COFINS (R\$) |  | IR (R\$) |  | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |          | Outras Informações         |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |
|------------------------------------------------|----------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Valor do Serviço R\$                           | 4.950,00 | Natureza Operação          | Valor do Serviço R\$           | 4.950,00                             |  |
| (-) Desconto Incondicionado                    | 0,00     | 1-Tributação no município  | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00                                 |  |
| (-) Desconto Condicionado                      | 0,00     | Regime Especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado    | 0,00                                 |  |
| (-) Retenções Federais                         | 0,00     | 0-Nenhum                   | Base de Cálculo                | 4.950,00                             |  |
| (-) Outras Retenções                           | 0,00     | Opção Simples Nacional     | (x) Alíquota %                 | 2,00                                 |  |
| (-) ISSQN Retido                               | 0,00     | 1 - Sim                    | ISSQN a Reter                  | ( ) Sim (X) Não                      |  |
| (=) Valor Líquido R\$                          | 4.950,00 | Incentivador Cultural      | (=) Valor do ISSQN R\$         | 0,00                                 |  |
|                                                |          | 2-Não                      |                                |                                      |  |

Avisos

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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090195 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - Banco Inter S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 1.945.618-2

FAVORECIDO: CAMILA CHANQUETTI 25808780845

CPF/CNPJ: 31.036.091/0001-49

VALOR: R\$ 10.850,00

DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070216

AUTENTICACAO SISBB: 9.BFA.9BB.E5D.3A7.95F

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
46

|                        |                     |                          |          |                       |                 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão | 01/07/2019 14:50:30 | Competência              | 1/7/2019 | Código de Verificação | 885213472       |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | SAO CARLOS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                                              |                     |                |           |                     |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|---------------------|
| Razão Social/Nome | CAMILA CHANQUETTI 25808780845                                                |                     |                |           |                     |
| Nome Fantasia     |                                                                              |                     |                |           |                     |
| CNPJ/CPF          | 31.036.091/0001-49                                                           | Inscrição Municipal | 77459          | Município | SAO CARLOS - SP     |
| Endereço e CEP    | RUA PEDRO FERNANDES ALONSO ,267 - PARQUE SANTA FELÍCIA JARDIM CEP: 13562-380 |                     |                |           |                     |
| Complemento       |                                                                              | Telefone            | (16)99710-9529 | e-mail    | wgalenti1@gmail.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |               |           |                            |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-----------|----------------------------|
| Razão Social/Nome | Associação Hospitalar Beneficente do Brasil                       |                     |               |           |                            |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal |               | Município | LINS - SP                  |
| Endereço e CEP    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |               |           |                            |
| Complemento       | SI 03                                                             | Telefone            | (14)3532-5198 | e-mail    | contabilidade2@ahbb.org.br |

Discriminação do Serviço

Serviço Administrativo/convenio 0107/2017 - termo add 0012019  
Serviço RH/convenio 0107/2017 - termo add 001/2019  
Controladoria e Prestacao de contas/convenio 0107/2017 - termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|                                                |     |              |                                    |                    |                                |                                      |                 |            |  |
|------------------------------------------------|-----|--------------|------------------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------|--|
| PIS (R\$)                                      |     | COFINS (R\$) |                                    | IR (R\$)           |                                | INSS (R\$)                           |                 | CSLL (R\$) |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |     |              |                                    | Outras Informações |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |                 |            |  |
| Valor do Serviço                               | R\$ | 10.850,00    | Natureza Operação                  |                    | Valor do Serviço               | R\$                                  | 10.850,00       |            |  |
| (-) Desconto Incondicionado                    |     | 0,00         | 1-Tributação no município          |                    | (-) Deduções Permitidas em Lei |                                      | 0,00            |            |  |
| (-) Desconto Condicionado                      |     | 0,00         | Regime Especial Tributação         |                    | (-) Desconto Incondicionado    |                                      | 0,00            |            |  |
| (-) Retenções Federais                         |     | 0,00         | 5-Microempresário Individual (MEI) |                    | Base de Cálculo                |                                      | 10.850,00       |            |  |
| (-) Outras Retenções                           |     | 0,00         | Opção Simples Nacional             |                    | (x) Alíquota %                 |                                      | 0,00            |            |  |
| (-) ISSQN Retido                               |     | 0,00         | 1 - Sim                            |                    | ISSQN a Reter                  |                                      | ( ) Sim (X) Não |            |  |
| (=) Valor Líquido                              | R\$ | 10.850,00    | Incentivador Cultural              |                    | (=) Valor do ISSQN             | R\$                                  | 0,00            |            |  |
|                                                |     |              | 2-Não                              |                    |                                |                                      |                 |            |  |

Avisos

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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 077 - Banco Inter S.A.  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 1.993.036-4

FAVORECIDO: ANA CLAUDIA DA SILVA 36539835841  
CPF/CNPJ: 29.011.312/0001-82  
VALOR: R\$ 812,50  
DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070217  
AUTENTICACAO SISBB: 3.3B2.87E.95C.1E3.73F

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 080196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



|                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|---------------------------|--|
|                                        |  | <p align="center"> <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS</b><br/> <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA</b><br/> <b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b> </p>                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                    |  | <p align="center"> <b>Número da NFS-e</b><br/> <b>90</b> </p> |  |                                      |  |                           |  |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                  |  | 02/07/2019 08:46:55                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Competência                        |  | 2/7/2019                                                      |  | Código de Verificação                |  | 824954564                 |  |
| Número do RPS                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | No. da NFS-e substituída           |  |                                                               |  | Local da Prestação                   |  | LINS - SP                 |  |
| <p align="center"><b>Prestador de Serviço</b></p>                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |  | ANA CLAUDIA DA SILVA 36539835841                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Nome Fantasia                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                |  | 29.011.312/0001-82                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Inscrição Municipal                |  | 74787                                                         |  | Município                            |  | SAO CARLOS - SP           |  |
| Endereço e CEP                                                                                                          |  | AVENIDA GIOVANI VASSOLO ,970 - VILA SANTA MADRE CABRINI CEP: 13572-450                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Complemento                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Telefone                           |  | (16)98208-0828                                                |  | e-mail                               |  | anaamaoslayer22@gmail.com |  |
| <p align="center"><b>Tomador de Serviço</b></p>                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Razão Social/Nome                                                                                                       |  | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| CNPJ/CPF                                                                                                                |  | 45.349.461/0001-02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Inscrição Municipal                |  |                                                               |  | Município                            |  | LINS - SP                 |  |
| Endereço e CEP                                                                                                          |  | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Complemento                                                                                                             |  | SALA 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Telefone                           |  |                                                               |  | e-mail                               |  |                           |  |
| <p align="center"><b>Discriminação do Serviço</b></p>                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Controladoria e prestacao de contas/convenio mirandopolis 0107/2017 - termo add 001/2019                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| <p align="center"><b>Código do Serviço / Atividade</b></p>                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| 8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| <p align="center"><b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b></p>                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Código da Obra                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  | Código ART                                                    |  |                                      |  |                           |  |
| <p align="center"><b>Tributos Federais</b></p>                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| PIS (R\$)                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | COFINS (R\$)                       |  |                                                               |  | IR (R\$)                             |  |                           |  |
| INSS (R\$)                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | CSLL (R\$)                         |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Outras Informações                 |  |                                                               |  | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |                           |  |
| Valor do Serviço R\$                                                                                                    |  | 812,50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Natureza Operação                  |  | Valor do Serviço R\$                                          |  | 812,50                               |  |                           |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                             |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 2-Tributação fora do município     |  | (-) Deduções Permitidas em Lei                                |  | 0,00                                 |  |                           |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                               |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Regime Especial Tributação         |  | (-) Desconto Incondicionado                                   |  | 0,00                                 |  |                           |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                  |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 5-Microempresário Individual (MEI) |  | Base de Cálculo                                               |  | 812,50                               |  |                           |  |
| (-) Outras Retenções                                                                                                    |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Opção Simples Nacional             |  | (x) Alíquota %                                                |  | 0,00                                 |  |                           |  |
| (-) ISSQN Retido                                                                                                        |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 1 - Sim                            |  | ISSQN a Reter                                                 |  | ( ) Sim (X) Não                      |  |                           |  |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                   |  | 812,50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Incentivador Cultural              |  | (=) Valor do ISSQN R\$                                        |  | 0,00                                 |  |                           |  |
|                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 2-Não                              |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |
| Avisos                                                                                                                  |  | <p> 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br/> 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.<br/> 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional. Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. </p> |  |                                    |  |                                                               |  |                                      |  |                           |  |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

22/07/19  
22/11

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.06  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL  
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 077 - Banco Inter S.A.  
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ  
CONTA: 1.912.245-4

FAVORECIDO: PATRICIA IGNACIO MOREIRA 4114166386  
CPF/CNPJ: 31.936.157/0001-57  
VALOR: R\$ 1.750,00  
DEBITO EM: 02/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070218  
AUTENTICACAO SISBB: 1.263.CD6.EDF.D2A.E3E

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
9

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Data e Hora da Emissão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 02/07/2019 09:13:35                                               | Competência                                 | 2/7/2019       | Código de Verificação                | 511735664                 |
| Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   | No. da NFS-e substituída                    |                | Local da Prestação                   | MIRANDOPOLIS - SP         |
| Prestador de Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   | PATRICIA IGNACIO MOREIRA 41141663864        |                |                                      |                           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 31.936.157/0001-57                                                | Inscrição Municipal                         | 77890          | Município                            | SAO CARLOS - SP           |
| Endereço e CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | RUA 91 ,59 - CIDADE ARACY CEP: 13573-222                          |                                             |                |                                      |                           |
| Complemento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   | Telefone                                    | (16)99159-6813 | e-mail                               | patty.moreirahi@gmail.com |
| Tomador de Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| Razão Social/Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                |                                      |                           |
| CNPJ/CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal                         | 5500023        | Município                            | LINS - SP                 |
| Endereço e CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                                             |                |                                      |                           |
| Complemento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SALA 3                                                            | Telefone                                    |                | e-mail                               |                           |
| Discriminação do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| Serviços de RH/convenio 0107/2017 - termo add 001/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| Código do Serviço / Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| 8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| Detalhamento Específico da Construção Civil                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| Código da Obra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                                             | Código ART     |                                      |                           |
| Tributos Federais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| PIS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   | COFINS (R\$)                                |                | IR (R\$)                             |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                             |                | INSS (R\$)                           |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                             |                | CSLL (R\$)                           |                           |
| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | Outras Informações                          |                | Cálculo do ISSQN devido no Município |                           |
| Valor do Serviço R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.750,00                                                          | Natureza Operação                           |                | Valor do Serviço R\$                 | 1.750,00                  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0,00                                                              | 2-Tributação fora do município              |                | (-) Deduções Permitidas em Lei       | 0,00                      |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0,00                                                              | Regime Especial Tributação                  |                | (-) Desconto Incondicionado          | 0,00                      |
| (-) Retenções Federais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0,00                                                              | 5-Microempresário Individual (MEI)          |                | Base de Cálculo                      | 1.750,00                  |
| (-) Outras Retenções                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 0,00                                                              | Opção Simples Nacional                      |                | (x) Alíquota %                       | 0,00                      |
| (-) ISSQN Retido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 0,00                                                              | 1 - Sim                                     |                | ISSQN a Reter                        | ( ) Sim (X) Não           |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1.750,00                                                          | Incentivador Cultural                       |                | (=) Valor do ISSQN R\$               | 0,00                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | 2-Não                                       |                |                                      |                           |
| Avisos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |
| 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação.<br>3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. |                                                                   |                                             |                |                                      |                           |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

211



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:06  
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

-----

34191090242589840293581658220009279390000647190

BENEFICIARIO:

TICKET SERVICOS S/A

NOME FANTASIA:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 70.301

DATA DE VENCIMENTO 03/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 03/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 6.471,90

VALOR COBRADO 6.471,90

=====

NR.AUTENTICACAO D.3BC.DBB.277.3D1.9A7

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



# NOTA DE DÉBITO

Número  
138802-ND

Data de Emissão  
28/05/2019

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 59871202  
Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A  
Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815, ANDAR 4 6 e 7 TORRE II - PINHEIROS - CEP:  
Município: SAO PAULO UF: SP

## CLIENTE

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal:  
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL  
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400  
Município: LINS UF: SP

## DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 33 R\$6.468,00  
Ped.:20587997 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

**VALOR TOTAL:** R\$ 6.468,00

## DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

**NOTA DE DÉBITO Nº**

138802-ND

**VALOR DE NOTA DE DÉBITO**

R\$ 6.468,00

**FORMA DE PAGAMENTO**

03/07/2019

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 138802 de 28/05/2019.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b><br>RPS Nº 138802 Série A8, emitido em 28/05/2019 |                          | Número da Nota                                                                                                       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                             |                          | <b>09260094</b><br>Data e Hora de Emissão<br><b>29/05/2019 00:50:49</b><br>Código de Verificação<br><b>3UZM-9P9W</b> |                 |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b><br>CPF/CNPJ: <b>47.866.934/0001-74</b> Inscrição Municipal: <b>5.987.120-2</b><br>Nome/Razão Social: <b>TICKET SERVIÇOS S.A</b><br>Endereço: <b>AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070</b><br>Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>                                                   |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b><br>Nome/Razão Social: <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL</b><br>CPF/CNPJ: <b>45.349.461/0001-02</b> Inscrição Municipal: <b>----</b><br>Endereço: <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400</b><br>Município: <b>Lins</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>dp@ahbb.org.br</b> |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
| <b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b><br>CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b><br>TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 33 R\$6.468,00<br>Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90<br>Ped.:20587997 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:<br>IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91<br>LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44<br>Data de Vencimento: 03/07/2019<br>VALOR TOTAL: R\$6.471,90                |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
| INSS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | IRRF (R\$)                                                                                                                                                                                  | CSLL (R\$)               | COFINS (R\$)                                                                                                         | PIS/PASEP (R\$) |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -                                                                                                                                                                                           | -                        | -                                                                                                                    | -               |
| Código do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
| <b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |
| Valor Total das Deduções (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Base de Cálculo (R\$)                                                                                                                                                                       | Alíquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                                                                                                   | Crédito (R\$)   |
| <b>0,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>3,90</b>                                                                                                                                                                                 | <b>2,00%</b>             | <b>0,07</b>                                                                                                          | <b>0,00</b>     |
| Município da Prestação do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                             | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte                                                                                |                 |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                             | -                        | <b>IBPT</b>                                                                                                          |                 |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b><br>(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 138802 Série A8, emitido em 28/05/2019; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2019;                                                                                                              |                                                                                                                                                                                             |                          |                                                                                                                      |                 |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio



## RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 9643222

Realizado em: 27/05/2019

Valor (R\$): 6.468,00

Método Pagamento:

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

## Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.468,00

Data de Crédito: 01/06/2019

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega:

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO                | DEPARTAMENTO     | DIAS ÚTEIS | VALOR DIA | VALOR MÊS | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|-----------------------------|------------------|------------|-----------|-----------|--------------------|
| 328.629.558-25 | 2329        | ALCIONE BOGAZ               | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 272.138.738-30 | 27213873830 | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE   | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 295.556.788-47 | 2163        | ALESSANDRA DE CASSIA        | UTI MIRANDÓPOLIS | 15         | 14,00     |           | R\$ 210,00         |
| 214.220.888-63 | 2122        | ANA AUGUSTA FELICIANI       | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 214.801.238-03 | 2123        | ANA PAULA AZEVEDO           | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 014.000.604-43 | 2445        | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA  | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 301.663.768-50 | 2336        | BIANCA CAETANO COSTA        | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 377.077.858-86 | 2125        | CATIA FERNANDA FERRAZ       | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 295.136.688-43 | 29513668843 | CRISTIANE PASCOALETO        | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 218.471.208-65 | 21847120865 | DANIELA DOS SANTOS DE       | UTI MIRANDÓPOLIS | 26         | 14,00     |           | R\$ 364,00         |
| 385.855.778-19 | 2126        | DEBORA CRISTINA LOCHE       | UTI MIRANDÓPOLIS | 14         | 14,00     |           | R\$ 196,00         |
| 322.986.678-96 | 2132        | DENISE P. ANCILOTTO LISBOA  | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 291.914.308-52 | 2135        | EDILENE MANOEL              | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 095.608.758-25 | 9560875825  | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 322.167.988-27 | 2137        | GISLAINE MACHADO            | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 379.629.418-98 | 2127        | ISADORA MORAIS DE CASTRO    | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 095.493.888-75 | 2130        | IZABEL CRISTINA DE SOUZA    | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 061.725.928-31 | 2139        | JOSE LOPES DE OLIVEIRA      | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |



Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.468,00

Data de Crédito: 01/06/2019

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega:

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO               | DEPARTAMENTO     | DIAS ÚTEIS | VALOR DIA | VALOR MÊS | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|----------------------------|------------------|------------|-----------|-----------|--------------------|
| 389.267.668-29 | 2146        | KELLY CRISTINA RAMOS       | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 354.059.608-96 | 35405960896 | LAIS MARANISILVA           | UTI MIRANDÓPOLIS | 18         | 14,00     |           | R\$ 252,00         |
| 427.001.668-09 | 42700166809 | LETICIA MAIARA DOS SANTOS  | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 400.061.728-14 | 2148        | LUCAS CARVALHO DOS         | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 427.566.218-03 | 2149        | MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO   | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 382.523.438-05 | 38252343805 | MARCIA MAIARA POSSENTI     | UTI MIRANDÓPOLIS | 18         | 14,00     |           | R\$ 252,00         |
| 165.563.288-47 | 2151        | MARIA JOSE CARDOSO         | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 434.914.478-10 | 43491447810 | NATALIA PAZINATO DA        | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 394.946.148-52 | 2154        | NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA | UTI MIRANDÓPOLIS | 15         | 14,00     |           | R\$ 210,00         |
| 285.280.548-02 | 2153        | PATRICIA ADRIANA FERREIRA  | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 305.075.078-27 | 2164        | PATRICIA MICHELE DE        | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 259.782.788-73 | 2128        | REGINA LEIA PARRO          | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 293.198.538-43 | 2156        | RENATA MONTI FORNAZARI     | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 281.686.478-23 | 2157        | RICARDO DE CARVALHO        | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 14,00     |           | R\$ 182,00         |
| 329.168.118-50 | 33          | THAIS BOARETO DA SILVA     | UTI MIRANDÓPOLIS | 18         | 14,00     |           | R\$ 252,00         |

Contrato: 2004030057121

| UNIDADE DE ENTREGA       | DEPARTAMENTO     | DATA DE CRÉDITO | DATA DE ENTREGA | QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS | VALOR DO BENEFÍCIO  |
|--------------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| SEDE                     | UTI MIRANDÓPOLIS | 01/06/2019      |                 | 33                       | R\$ 6.468,00        |
|                          |                  |                 |                 | <b>TOTAL BENEFÍCIOS</b>  | <b>33</b>           |
|                          |                  |                 |                 |                          | <b>R\$ 6.468,00</b> |
| <b>RESUMO DO PRODUTO</b> |                  |                 |                 |                          | <b>SUB TOTAL</b>    |
| Total de Benefícios      |                  |                 |                 |                          | R\$ 6.468,00        |
| <b>TOTAL</b>             |                  |                 |                 |                          | <b>R\$ 6.468,00</b> |

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:06  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

-----

34191090242582662293581658220009479390000535700

BENEFICIARIO:

TICKET SERVICOS S/A

NOME FANTASIA:

TICKET SERVICOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 70.302

DATA DE VENCIMENTO 03/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 03/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 5.357,00

VALOR COBRADO 5.357,00

=====

NR.AUTENTICACAO C.35A.91B.ED6.720.928





# NOTA DE DÉBITO

Número  
136156-ND

Data de Emissão  
28/05/2019

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 59871202  
Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A  
Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815, ANDAR 4 6 e 7 TORRE II - PINHEIROS - CEP:  
Município: SAO PAULO UF: SP

## CLIENTE

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal:  
Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL  
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400  
Município: LINS UF: SP

## DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 41 R\$5.353,10  
Ped.:20587991 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

**VALOR TOTAL:** R\$ 5.353,10

## DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

**NOTA DE DÉBITO Nº**

136156-ND

**VALOR DE NOTA DE DÉBITO**

R\$ 5.353,10

**FORMA DE PAGAMENTO**

03/07/2019

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 136156 de 28/05/2019.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                          |                                       |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| <br><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b><br>RPS Nº 136156 Série A8, emitido em 28/05/2019<br>20190531u47866834000174                               | Número da Nota<br><b>09260091</b>                    |                          |                                       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Data e Hora de Emissão<br><b>29/05/2019 00:50:49</b> |                          |                                       |                 |
| Código de Verificação<br><b>DZHD-DVH3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b><br>CPF/CNPJ: <b>47.866.934/0001-74</b> Inscrição Municipal: <b>5.987.120-2</b><br>Nome/Razão Social: <b>TICKET SERVIÇOS S.A</b><br>Endereço: <b>AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7816 - Pinheiros - CEP: 05425-070</b><br>Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b>                                                   |                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b><br>Nome/Razão Social: <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL</b><br>CPF/CNPJ: <b>45.349.461/0001-02</b> Inscrição Municipal: <b>----</b><br>Endereço: <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400</b><br>Município: <b>Lins</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>dp@ahbb.org.br</b> |                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b><br>CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b><br>TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 41 R\$5.353,10<br>Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90<br>Ped.:20587991 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:<br>IRE 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91<br>LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44<br>Data de Vencimento: 03/07/2019<br>VALOR TOTAL: R\$5.357,00                 |                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                      |                          |                                       |                 |
| INSS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | IRRF (R\$)                                           | CSLL (R\$)               | COFINS (R\$)                          | PIS/PASEP (R\$) |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -                                                    | -                        | -                                     | -               |
| Código do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      |                          |                                       |                 |
| <b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |                          |                                       |                 |
| Valor Total das Deduções (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Base de Cálculo (R\$)                                | Alíquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                    | Crédito (R\$)   |
| <b>0,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>3,90</b>                                          | <b>2,00%</b>             | <b>0,07</b>                           | <b>0,00</b>     |
| Município da Prestação do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |                 |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                      | -                        | <b>IBPT</b>                           |                 |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b><br>(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005. (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 136156 Série A8, emitido em 28/05/2019. (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2019.                                                                                                              |                                                      |                          |                                       |                 |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



## RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 9614807

Realizado em: 21/05/2019

Valor (R\$): 5.353,10

Método Pagamento:

Empresa: 45.349.461/0001-02 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

## Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.353,10

Data de Crédito: 01/06/2019

Quantidade de Beneficiários: 41

Data de Entrega:

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO                   | DEPARTAMENTO     | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|--------------------------------|------------------|--------------------|
| 328.629.558-25 | 2329        | ALCIONE BOGAZ                  | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 272.138.738-30 | 27213873830 | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARI | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 295.556.788-47 | 2163        | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN  | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 214.220.888-63 | 2122        | ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS   | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 214.801.238-03 | 2123        | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA      | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 014.000.604-43 | 2445        | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 301.663.768-50 | 2336        | BIANCA CAETANO COSTA SILVA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 377.077.858-86 | 2125        | CATIA FERNANDA FERRAZ          | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 295.136.688-43 | 29513668843 | CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME  | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 218.471.208-65 | 21847120865 | DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 385.855.778-19 | 2126        | DEBORA CRISTINA LOCHE          | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 322.986.678-96 | 2132        | DENISE P. ANCILOTTO LISBOA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 108.823.788-64 | 2134        | EDILAINE MUNHOZ MAQUEA         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 291.914.308-52 | 2135        | EDILENE MANOEL                 | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 095.608.758-25 | 9560875825  | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES    | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 322.167.988-27 | 2137        | GISLAINE MACHADO MORABITO      | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 379.629.418-98 | 2127        | ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTO | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 095.493.888-75 | 2130        | IZABEL CRISTINA DE SOUZA       | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |



Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.353,10

Data de Crédito: 01/06/2019

Quantidade de Beneficiários: 41

Data de Entrega:

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO                   | DEPARTAMENTO     | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|--------------------------------|------------------|--------------------|
| 061.725.928-31 | 2139        | JOSE LOPES DE OLIVEIRA         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 393.118.558-39 | 2428        | JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 389.267.668-29 | 2146        | KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 354.059.608-96 | 35405960896 | LAIS MARANISILVA               | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 427.001.668-09 | 42700166809 | LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERR | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 400.061.728-14 | 2148        | LUCAS CARVALHO DOS SANTOS      | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 375.492.158-47 | 2142        | LUIS FERANDO BETONI            | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 427.566.218-03 | 2149        | MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO       | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 382.523.438-05 | 38252343805 | MARCIA MAIARA POSSENTI         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 165.563.288-47 | 2151        | MARIA JOSE CARDOSO             | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 396.213.588-09 | 2141        | NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 434.914.478-10 | 43491447810 | NATALIA PAZINATO DA SILVANATAL | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 394.946.148-52 | 2154        | NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 285.280.548-02 | 2153        | PATRICIA ADRIANA FERREIRA      | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 305.075.078-27 | 2164        | PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA    | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 298.440.178-66 | 2155        | PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA   | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 259.782.788-73 | 2128        | REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 293.198.538-43 | 2156        | RENATA MONTI FORNAZARI         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 281.686.478-23 | 2157        | RICARDO DE CARVALHO            | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 101.480.718-21 | 2159        | SONIA MARIA RIZZO              | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 329.168.118-50 | 33          | THAIS BOARETO DA SILVA         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 353,10         |
| 259.873.048-81 | 2140        | VIVIANE LIE YOKOYAMA           | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |
| 408.930.248-05 | 10307       | WILLIAN SOUZA SALADINI         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 125,00         |

Contrato: 2004030048091

## RESUMO DO PRODUTO

## SUB TOTAL

Total de Benefícios

R\$ 5.353,10

TOTAL

R\$ 5.353,10

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.07  
6790306790 SEGUNDA VIA 0009

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - Banco Inter S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 1.352.781-9

FAVORECIDO: JESSICA CAROLINE MENDES 34135954820

CPF/CNPJ: 29.098.472/0001-20

VALOR: R\$ 3.000,00

DEBITO EM: 03/07/2019

=====

DOCUMENTO: 070303

AUTENTICACAO SISBB: 0.098.2B2.4F6.59A.948

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 080196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
44

|                        |                     |                          |          |                       |                 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------------|
| Data e Hora da Emissão | 01/07/2019 10:10:57 | Competência              | 1/7/2019 | Código de Verificação | 937286468       |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | SAO CARLOS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                                               |                     |                |           |                            |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|-----------|----------------------------|
| Razão Social/Nome | JESSICA CAROLINE MENDES 34135954820                                           |                     |                |           |                            |
| Nome Fantasia     |                                                                               |                     |                |           |                            |
| CNPJ/CPF          | 29.088.472/0001-20                                                            | Inscrição Municipal | 74886          | Município | SAO CARLOS - SP            |
| Endereço e CEP    | RUA FRANCISCO MARMORATO, 46 - NÚCLEO RESIDENCIAL SILVIO VILARI CEP: 13570-650 |                     |                |           |                            |
| Complemento       |                                                                               | Telefone            | (16)99216-5902 | e-mail    | luciana.muniz1@outlook.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |  |           |                            |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|----------------------------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                       |                     |  |           |                            |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal |  | Município | LINS - SP                  |
| Endereço e CEP    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |  |           |                            |
| Complemento       |                                                                   | Telefone            |  | e-mail    | contabilidade2@ahbb.org.br |

Discriminação do Serviço

Serviço Administrativo/convenio 0107/2017 - termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|           |  |              |  |          |  |            |  |            |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|
| PIS (R\$) |  | COFINS (R\$) |  | IR (R\$) |  | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |          | Outras Informações                 |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |
|------------------------------------------------|----------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Valor do Serviço R\$                           | 3.000,00 | Natureza Operação                  | Valor do Serviço R\$           | 3.000,00                             |  |
| (-) Desconto Incondicionado                    | 0,00     | 1-Tributação no município          | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00                                 |  |
| (-) Desconto Condicionado                      | 0,00     | Regime Especial Tributação         | (-) Desconto Incondicionado    | 0,00                                 |  |
| (-) Retenções Federais                         | 0,00     | 5-Microempresário Individual (MEI) | Base de Cálculo                | 3.000,00                             |  |
| (-) Outras Retenções                           | 0,00     | Opção Simples Nacional             | (x) Alíquota %                 | 0,00                                 |  |
| (-) ISSQN Retido                               | 0,00     | 1 - Sim                            | ISSQN a Reter                  | ( ) Sim (X) Não                      |  |
| (=) Valor Líquido R\$                          | 3.000,00 | Incentivador Cultural              | (=) Valor do ISSQN R\$         | 0,00                                 |  |
|                                                |          | 2-Não                              |                                |                                      |  |

Avisos

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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

03/07/19  
211



Empregados

EXTRATO MENSAL

|                           |                                       |                 |                      |              |                |                       |                |
|---------------------------|---------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Empr.:                    | 2329 ALCIONE BOGAZ                    | Situação:       | Trabalhando          | CPF:         | 328.629.558-25 | PIS:                  | 128.78920.15-7 |
| Cargo:                    | 71 TEC. ENFERMAGEM                    | Vínculo:        | Celetista            | Adm:         | 16/01/2018     | CTPS/Série:           | 83878/00240    |
| CC:                       | 900                                   | Depto:          | 600                  | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.343,95       |
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00                                 | 1.343,95 P      | 998 I.N.S.S.         |              |                |                       |                |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00                                 | 199,60 P        |                      |              |                | 9,00                  | 161,79 D       |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00                                | 254,13 P        |                      |              |                |                       |                |
| ND: 1 Proventos:          | 1.797,68                              | Descontos:      | 161,79               | Informativa: | 143,81         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 1 Base INSS:          | 1.797,68                              | Excedente INSS: | 0,00                 | Base FGTS:   | 1.797,68       | Valor FGTS:           | 143,81         |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Líquido:              | 1.635,89       |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Base IRRF:            | 1.446,30       |
| Empr.:                    | 2478 ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS | Situação:       | Trabalhando          | CPF:         | 272.138.738-30 | PIS:                  | 125.20024.54-4 |
| Cargo:                    | 56 ENFERMEIRO (A)                     | Vínculo:        | Celetista            | Adm:         | 20/10/2018     | CTPS/Série:           | 85228/00154    |
| CC:                       | 900                                   | Depto:          | 600                  | Filial:      | 1              | Salário:              | 2.450,39       |
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00                                 | 2.450,39 P      | 998 I.N.S.S.         |              |                |                       |                |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00                                 | 199,60 P        | 999 IMPOSTO DE RENDA |              |                | 11,00                 | 342,46 D       |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00                                | 463,35 P        |                      |              |                | 7,50                  | 36,58 D        |
| ND: 2 Proventos:          | 3.113,34                              | Descontos:      | 379,04               | Informativa: | 249,06         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 2 Base INSS:          | 3.113,34                              | Excedente INSS: | 0,00                 | Base FGTS:   | 3.113,34       | Valor FGTS:           | 249,06         |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Líquido:              | 2.734,30       |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Base IRRF:            | 2.391,70       |
| Empr.:                    | 2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN    | Situação:       | Trabalhando          | CPF:         | 295.556.788-47 | PIS:                  | 133.59258.89-3 |
| Cargo:                    | 56 ENFERMEIRO (A)                     | Vínculo:        | Celetista            | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 63679/00240    |
| CC:                       | 900                                   | Depto:          | 600                  | Filial:      | 1              | Salário:              | 2.450,39       |
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00                                 | 2.450,39 P      | 998 I.N.S.S.         |              |                |                       |                |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR    | 0,00                                  | 79,50 P         | 999 IMPOSTO DE RENDA |              |                | 11,00                 | 405,83 D       |
| 150 HORAS EXTRAS          | 22,00                                 | 397,50 P        |                      |              |                | 15,00                 | 137,74 D       |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00                                 | 199,60 P        |                      |              |                |                       |                |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 126,24                                | 562,43 P        |                      |              |                |                       |                |
| ND: 0 Proventos:          | 3.689,42                              | Descontos:      | 543,57               | Informativa: | 295,15         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 0 Base INSS:          | 3.689,42                              | Excedente INSS: | 0,00                 | Base FGTS:   | 3.689,42       | Valor FGTS:           | 295,15         |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Líquido:              | 3.145,85       |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Base IRRF:            | 3.283,59       |
| Empr.:                    | 2122 ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA   | Situação:       | Trabalhando          | CPF:         | 214.220.888-63 | PIS:                  | 180.90148.36-6 |
| Cargo:                    | 71 TEC. ENFERMAGEM                    | Vínculo:        | Celetista            | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 083050/00154   |
| CC:                       | 900                                   | Depto:          | 600                  | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.343,95       |
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00                                 | 1.343,95 P      | 998 I.N.S.S.         |              |                |                       |                |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00                                 | 199,60 P        |                      |              |                | 8,00                  | 123,48 D       |
| ND: 2 Proventos:          | 1.543,55                              | Descontos:      | 123,48               | Informativa: | 123,48         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 2 Base INSS:          | 1.543,55                              | Excedente INSS: | 0,00                 | Base FGTS:   | 1.543,55       | Valor FGTS:           | 123,48         |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Líquido:              | 1.420,07       |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Base IRRF:            | 1.040,89       |
| Empr.:                    | 2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA        | Situação:       | Trabalhando          | CPF:         | 214.801.238-03 | PIS:                  | 125.41159.51-1 |
| Cargo:                    | 71 TEC. ENFERMAGEM                    | Vínculo:        | Celetista            | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 64985/00154    |
| CC:                       | 900                                   | Depto:          | 600                  | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.343,95       |
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00                                 | 1.343,95 P      | 998 I.N.S.S.         |              |                |                       |                |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00                                 | 199,60 P        |                      |              |                | 9,00                  | 161,79 D       |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00                                | 254,13 P        |                      |              |                |                       |                |
| ND: 0 Proventos:          | 1.797,68                              | Descontos:      | 161,79               | Informativa: | 143,81         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 0 Base INSS:          | 1.797,68                              | Excedente INSS: | 0,00                 | Base FGTS:   | 1.797,68       | Valor FGTS:           | 143,81         |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Líquido:              | 1.635,89       |
|                           |                                       |                 |                      |              |                | Base IRRF:            | 1.635,89       |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Marandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89  
 Cálculo: Folha Mensal  
 Competência: 06/2019

Página: 2/11  
 Emissão: 28/06/2019  
 Horas: 12:03:39

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA Situação: Trabalhando CPF: 014.000.604-43 PIS: 160.99087.56-8  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 23/07/2018 CTPS/Série: 29379/00026  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.343,95 P 998 I.N.S.S. 9,00 160,03 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P  
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 96,00 234,58 P

ND: 3 Proventos: 1.778,13 Descontos: 160,03 Informativa: 142,25 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.618,10  
 NF: 1 Base INSS: 1.778,13 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.778,13 Valor FGTS: 142,25 Base IRRF: 1.049,33

Empr.: 2336 BIANCA CAETANO COSTA Situação: Trabalhando CPF: 301.663.768-50 PIS: 128.98626.17-3  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 17/01/2018 CTPS/Série: 47168/00315  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.343,95 P 998 I.N.S.S. 8,00 123,48 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P

ND: 1 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07  
 NF: 1 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.230,48

Empr.: 2145 CAMILA DONATO INNOCENCIO Situação: Doença CPF: 395.692.218-28 PIS: 207.73635.06-2  
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 08158/00315  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA) 30,00 2.450,39 P 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS 30,00 2.649,99 D  
 8013 INSALUB 20% DOENÇA 20,00 199,60 P

ND: 0 Proventos: 2.649,99 Descontos: 2.649,99 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00  
 NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00  
 Doença período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2019

Empr.: 2125 CATIA FERNANDA FERRAZ Situação: Trabalhando CPF: 377.077.858-86 PIS: 129.80319.17-3  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 035412/00370  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.343,95 P 998 I.N.S.S. 9,00 165,31 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P  
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 120,00 293,23 P

ND: 1 Proventos: 1.836,78 Descontos: 165,31 Informativa: 146,94 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.671,47  
 NF: 1 Base INSS: 1.836,78 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.836,78 Valor FGTS: 146,94 Base IRRF: 1.481,88

Empr.: 2752 CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME Situação: Trabalhando CPF: 295.136.688-43 PIS: 128.09298.18-3  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 22/03/2019 CTPS/Série: 85740/00154  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.343,95 P 998 I.N.S.S. 8,00 125,04 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P  
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 8,00 19,55 P

ND: 1 Proventos: 1.563,10 Descontos: 125,04 Informativa: 125,04 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.438,06  
 NF: 0 Base INSS: 1.563,10 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.563,10 Valor FGTS: 125,04 Base IRRF: 1.248,47

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 080196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio



Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
CNPJ: 45.349.461/0008-89  
Cálculo: Folha Mensal  
Competência: 06/2019

Página: 3/11  
Emissão: 28/06/2019  
Horas: 12:03:39

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2772 DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 218.471.208-65 PIS: 125.02011.74-6  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 03/05/2019 CTPS/Série: 039726/00154  
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,96

|                           |        |            |     |          |      |          |
|---------------------------|--------|------------|-----|----------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00  | 1.343,96 P | 998 | I.N.S.S. | 9,00 | 163,45 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00  | 199,60 P   |     |          |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 111,56 | 272,60 P   |     |          |      |          |

|       |            |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 0 | Proventos: | 1.816,16 | Descontos:      | 163,45 | Informativa: | 145,29   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.652,71 |
| NF: 0 | Base INSS: | 1.816,16 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.816,16 | Valor FGTS:           | 145,29 | Base IRRF: | 1.652,71 |

Empr.: 2126 DEBORA CRISTINA LOCHE Situação: Trabalhando CPF: 385.855.778-19 PIS: 203.38786.55-9  
Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 30972/00315  
CC: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.145,66

|                           |       |            |     |          |      |          |
|---------------------------|-------|------------|-----|----------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00 | 1.145,66 P | 998 | I.N.S.S. | 8,00 | 120,95 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00 | 199,60 P   |     |          |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 80,00 | 166,64 P   |     |          |      |          |

|       |            |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 0 | Proventos: | 1.511,90 | Descontos:      | 120,95 | Informativa: | 120,95   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.390,95 |
| NF: 0 | Base INSS: | 1.511,90 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.511,90 | Valor FGTS:           | 120,95 | Base IRRF: | 1.390,95 |

Empr.: 2132 DENISE PRISCILA ANCIOTTO LISBOA DE S Situação: Trabalhando CPF: 322.986.678-96 PIS: 204.40341.55-2  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 87044/00240  
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                                      |       |            |     |          |      |          |
|--------------------------------------|-------|------------|-----|----------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS                    | 29,00 | 1.299,15 P | 998 | I.N.S.S. | 9,00 | 158,27 D |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE | 1,00  | 44,80 P    |     |          |      |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                 | 20,00 | 192,95 P   |     |          |      |          |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 20,00 | 6,65 P     |     |          |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%            | 88,00 | 215,03 P   |     |          |      |          |

|       |            |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 2 | Proventos: | 1.758,58 | Descontos:      | 158,27 | Informativa: | 140,68   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.600,31 |
| NF: 1 | Base INSS: | 1.758,58 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.758,58 | Valor FGTS:           | 140,68 | Base IRRF: | 1.221,13 |

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 09/06/2019 a 09/06/2019

Empr.: 2134 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA Situação: Férias CPF: 108.823.788-64 PIS: 124.85513.93-9  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 33522/00115  
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                           |        |            |     |                        |      |            |
|---------------------------|--------|------------|-----|------------------------|------|------------|
| 805 MEDIA VALOR FERIAS    | 16,33  | 16,33 P    | 937 | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00 | 2.158,61 D |
| 806 MEDIA HORAS FERIAS    | 236,20 | 236,20 P   | 812 | INSS FERIAS            | 9,00 | 215,52 D   |
| 807 VANTAGENS FERIAS      | 199,60 | 199,60 P   | 821 | INSS DIFERENCA FERIAS  | 9,00 | 0,99 D     |
| 931 1/3 DAS FERIAS        | 33,33  | 598,69 P   | 998 | I.N.S.S.               | 8,00 | 7,81 D     |
| 8783 DIAS FERIAS          | 30,00  | 1.343,95 P | 942 | IRRF FERIAS            | 7,50 | 20,64 D    |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 40,00  | 97,74 P    |     |                        |      |            |

|       |            |          |                 |          |              |          |                       |        |            |       |
|-------|------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|-------|
| ND: 0 | Proventos: | 2.492,51 | Descontos:      | 2.403,57 | Informativa: | 199,39   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 88,94 |
| NF: 0 | Base INSS: | 2.492,51 | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:   | 2.492,51 | Valor FGTS:           | 199,39 | Base IRRF: | 88,94 |

FERIAS DE 01/06/2019 - 30/06/2019

Empr.: 2135 EDILENE MANOEL Situação: Trabalhando CPF: 291.914.308-52 PIS: 209.15153.56-9  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 11009/00240  
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                      |       |            |     |          |      |          |
|----------------------|-------|------------|-----|----------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS    | 30,00 | 1.343,95 P | 998 | I.N.S.S. | 8,00 | 123,48 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 199,60 P   |     |          |      |          |

|       |            |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|-------|------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 1 | Proventos: | 1.543,55 | Descontos:      | 123,48 | Informativa: | 123,48   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.420,07 |
| NF: 1 | Base INSS: | 1.543,55 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.543,55 | Valor FGTS:           | 123,48 | Base IRRF: | 1.230,48 |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

Empregados

EXTRATO MENSAL

|                                                                     |                                      |                 |              |              |                |                       |                |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|--------------|--------------|----------------|-----------------------|----------------|
| Empr.:                                                              | 2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES     | Situação:       | Trabalhando  | CPF:         | 095.608.758-25 | PIS:                  | 126.22542.14-5 |
| Cargo:                                                              | 71 TEC. ENFERMAGEM                   | Vínculo:        | Celetista    | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 040637/00115   |
| CC:                                                                 | 900                                  | Depto:          | 600          | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.343,95       |
| 8781 DIAS NORMAIS                                                   | 30,00                                | 1.343,95 P      | 998 I.N.S.S. |              |                |                       |                |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                                                | 20,00                                | 199,60 P        |              |              |                | 8,00                  | 123,48 D       |
| ND: 0 Proventos:                                                    | 1.543,55                             | Descontos:      | 123,48       | Informativa: | 123,48         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 0 Base INSS:                                                    | 1.543,55                             | Excedente INSS: | 0,00         | Base FGTS:   | 1.543,55       | Valor FGTS:           | 123,48         |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Líquido:              | 1.420,07       |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Base IRRF:            | 1.420,07       |
| Empr.:                                                              | 2137 GISLAINE MACHADO MORABITO       | Situação:       | Trabalhando  | CPF:         | 322.167.988-27 | PIS:                  | 132.60974.45-7 |
| Cargo:                                                              | 71 TEC. ENFERMAGEM                   | Vínculo:        | Celetista    | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 09639/00312    |
| CC:                                                                 | 900                                  | Depto:          | 600          | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.343,95       |
| 8781 DIAS NORMAIS                                                   | 29,00                                | 1.299,15 P      | 998 I.N.S.S. |              |                |                       |                |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE                                | 1,00                                 | 44,80 P         |              |              |                | 8,00                  | 123,48 D       |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                                                | 20,00                                | 192,95 P        |              |              |                |                       |                |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR                                  | 20,00                                | 6,65 P          |              |              |                |                       |                |
| ND: 2 Proventos:                                                    | 1.543,55                             | Descontos:      | 123,48       | Informativa: | 123,48         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 2 Base INSS:                                                    | 1.543,55                             | Excedente INSS: | 0,00         | Base FGTS:   | 1.543,55       | Valor FGTS:           | 123,48         |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Líquido:              | 1.420,07       |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Base IRRF:            | 1.040,89       |
| Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/06/2019 a 03/06/2019 |                                      |                 |              |              |                |                       |                |
| Empr.:                                                              | 2127 ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS | Situação:       | Trabalhando  | CPF:         | 379.629.418-98 | PIS:                  | 207.86720.36-5 |
| Cargo:                                                              | 300 AUX. ADM. FARMACIA               | Vínculo:        | Celetista    | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 43592/00315    |
| CC:                                                                 | 900                                  | Depto:          | 700          | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.145,66       |
| 8781 DIAS NORMAIS                                                   | 29,00                                | 1.107,47 P      | 998 I.N.S.S. |              |                |                       |                |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE                                | 1,00                                 | 38,19 P         |              |              |                | 8,00                  | 114,28 D       |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                                                | 20,00                                | 192,95 P        |              |              |                |                       |                |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR                                  | 20,00                                | 6,65 P          |              |              |                |                       |                |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%                                           | 40,00                                | 83,32 P         |              |              |                |                       |                |
| ND: 0 Proventos:                                                    | 1.428,58                             | Descontos:      | 114,28       | Informativa: | 114,28         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 0 Base INSS:                                                    | 1.428,58                             | Excedente INSS: | 0,00         | Base FGTS:   | 1.428,58       | Valor FGTS:           | 114,28         |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Líquido:              | 1.314,30       |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Base IRRF:            | 1.314,30       |
| Doença período igual ou inferior a 15 dias: 08/06/2019 a 08/06/2019 |                                      |                 |              |              |                |                       |                |
| Empr.:                                                              | 2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA        | Situação:       | Trabalhando  | CPF:         | 095.493.888-75 | PIS:                  | 169.20547.00-8 |
| Cargo:                                                              | 300 AUX. ADM. FARMACIA               | Vínculo:        | Celetista    | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 21909/00115    |
| CC:                                                                 | 900                                  | Depto:          | 700          | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.145,66       |
| 8781 DIAS NORMAIS                                                   | 30,00                                | 1.145,66 P      | 998 I.N.S.S. |              |                |                       |                |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                                                | 20,00                                | 199,60 P        |              |              |                | 8,00                  | 110,28 D       |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%                                           | 16,00                                | 33,33 P         |              |              |                |                       |                |
| ND: 0 Proventos:                                                    | 1.378,59                             | Descontos:      | 110,28       | Informativa: | 110,28         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 0 Base INSS:                                                    | 1.378,59                             | Excedente INSS: | 0,00         | Base FGTS:   | 1.378,59       | Valor FGTS:           | 110,28         |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Líquido:              | 1.268,31       |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Base IRRF:            | 1.268,31       |
| Empr.:                                                              | 2139 JOSE LOPES DE OLIVEIRA          | Situação:       | Trabalhando  | CPF:         | 061.725.928-31 | PIS:                  | 122.35412.21-3 |
| Cargo:                                                              | 71 TEC. ENFERMAGEM                   | Vínculo:        | Celetista    | Adm:         | 04/10/2017     | CTPS/Série:           | 40474/00048    |
| CC:                                                                 | 900                                  | Depto:          | 600          | Filial:      | 1              | Salário:              | 1.343,95       |
| 8781 DIAS NORMAIS                                                   | 30,00                                | 1.343,95 P      | 998 I.N.S.S. |              |                |                       |                |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                                                | 20,00                                | 199,60 P        |              |              |                | 9,00                  | 163,55 D       |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%                                           | 112,00                               | 273,68 P        |              |              |                |                       |                |
| ND: 2 Proventos:                                                    | 1.817,23                             | Descontos:      | 163,55       | Informativa: | 145,37         | Informativa Dedutora: | 0              |
| NF: 1 Base INSS:                                                    | 1.817,23                             | Excedente INSS: | 0,00         | Base FGTS:   | 1.817,23       | Valor FGTS:           | 145,37         |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Líquido:              | 1.653,68       |
|                                                                     |                                      |                 |              |              |                | Base IRRF:            | 1.274,50       |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090198 - Hospital Estadual  
 "Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio



Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89  
 Cálculo: Folha Mensal  
 Competência: 06/2019

Página: 5/11  
 Emissão: 28/06/2019  
 Horas: 12:03:39

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2428 JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA Situação: Trabalhando CPF: 393.118.558-39 PIS: 206.75977.19-8  
 Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 12/06/2018 CTPS/Série: 025949/00370  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

|                           |       |            |                      |      |          |
|---------------------------|-------|------------|----------------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00 | 2.450,39 P | 998 I.N.S.S.         | 9,00 | 243,41 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00 | 199,60 P   | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 41,79 D  |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,36  | 54,63 P    |                      |      |          |

ND: 0 Proventos: 2.704,62 Descontos: 285,20 Informativa: 216,36 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.419,42  
 NF: 0 Base INSS: 2.704,62 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.704,62 Valor FGTS: 216,36 Base IRRF: 2.461,21

Empr.: 2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA Situação: Trabalhando CPF: 389.267.668-29 PIS: 164.11866.81-4  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 64640/00315  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                                      |       |            |              |      |          |
|--------------------------------------|-------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS                    | 28,00 | 1.254,35 P | 998 I.N.S.S. | 8,00 | 123,48 D |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE | 2,00  | 89,60 P    |              |      |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                 | 20,00 | 186,29 P   |              |      |          |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 20,00 | 13,31 P    |              |      |          |

ND: 0 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07  
 NF: 0 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.420,07  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 02/06/2019 a 02/06/2019  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 14/06/2019 a 14/06/2019

Empr.: 2771 LAIS MARANI SILVA Situação: Trabalhando CPF: 354.059.608-96 PIS: 129.46882.17-0  
 Cargo: 60 FARMACEUTICO (A) Vínculo: Celetista Adm: 03/05/2019 CTPS/Série: 31047/00315  
 CC: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 2.450,39

|                      |        |            |                      |       |          |
|----------------------|--------|------------|----------------------|-------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS    | 30,00  | 2.450,39 P | 998 I.N.S.S.         | 11,00 | 346,49 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00  | 199,60 P   | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50  | 53,24 D  |
| 27 ADICIONAL RT      | 500,00 | 500,00 P   |                      |       |          |

ND: 1 Proventos: 3.149,99 Descontos: 399,73 Informativa: 251,99 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.750,26  
 NF: 1 Base INSS: 3.149,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.149,99 Valor FGTS: 251,99 Base IRRF: 2.613,91

Empr.: 2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ Situação: Trabalhando CPF: 427.001.668-09 PIS: 204.92505.78-5  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 018787/00397  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                                      |       |            |              |      |          |
|--------------------------------------|-------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS                    | 29,00 | 1.299,15 P | 998 I.N.S.S. | 8,00 | 123,48 D |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE | 1,00  | 44,80 P    |              |      |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                 | 20,00 | 192,95 P   |              |      |          |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 20,00 | 6,65 P     |              |      |          |

ND: 0 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07  
 NF: 0 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.420,07  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 08/06/2019 a 08/06/2019

Empr.: 2148 LUCAS CARVALHO DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 400.061.728-14 PIS: 163.67215.87-6  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 48389/00315  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                                      |       |            |              |      |          |
|--------------------------------------|-------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS                    | 29,00 | 1.299,15 P | 998 I.N.S.S. | 8,00 | 134,43 D |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE | 1,00  | 44,80 P    |              |      |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                 | 20,00 | 192,95 P   |              |      |          |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 20,00 | 6,65 P     |              |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%            | 56,00 | 136,84 P   |              |      |          |

ND: 0 Proventos: 1.680,39 Descontos: 134,43 Informativa: 134,43 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.545,96  
 NF: 0 Base INSS: 1.680,39 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.680,39 Valor FGTS: 134,43 Base IRRF: 1.545,96  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 17/06/2019 a 17/06/2019



**Empresa:** 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0008-89  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 06/2019

**Página:** 6/11  
**Emissão:** 28/06/2019  
**Horas:** 12:03:39

**Empregados**

**EXTRATO MENSAL**

Empr.: 2142 LUIS FERNANDO BETONI Situação: Trabalhando CPF: 375.492.158-47 PIS: 204.92499.89-0  
 Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 54335/00315  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.450,39 P 998 I.N.S.S. 9,00 238,49 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 38,06 D  
 ND: 0 Proventos: 2.649,99 Descontos: 276,55 Informativa: 211,99 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.373,44  
 NF: 0 Base INSS: 2.649,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.649,99 Valor FGTS: 211,99 Base IRRF: 2.411,50

Empr.: 2149 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO Situação: Trabalhando CPF: 427.566.218-03 PIS: 203.30629.68-3  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 019982/00370  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS 6,00 268,79 P 998 I.N.S.S. 8,00 123,48 D  
 8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS 23,00 1.030,36 P  
 8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE 1,00 44,80 P  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 39,92 P  
 8011 INSALUB 20% LIC.MATERN 20,00 153,03 P  
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 6,65 P  
 ND: 0 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07  
 NF: 0 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.420,07  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 21/05/2019 a 01/06/2019  
 Licença maternidade: 08/06/2019 a 05/10/2019

Empr.: 2129 MARCIA MAIARA POSSENTI Situação: Trabalhando CPF: 382.523.438-05 PIS: 204.89256.27-3  
 Cargo: 8 AUX. ADMINIST. Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 066232/00315  
 CC: 900 Depto: 800 Filial: 1 Salário: 1.194,55

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.194,55 P 998 I.N.S.S. 8,00 111,53 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P  
 ND: 0 Proventos: 1.394,15 Descontos: 111,53 Informativa: 111,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.282,62  
 NF: 0 Base INSS: 1.394,15 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.394,15 Valor FGTS: 111,53 Base IRRF: 1.282,62

Empr.: 2151 MARIA JOSE CARDOSO Situação: Trabalhando CPF: 165.563.288-47 PIS: 209.15162.46-0  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 59099/00240  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.343,95 P 998 I.N.S.S. 8,00 135,99 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P  
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 64,00 156,39 P  
 ND: 0 Proventos: 1.699,94 Descontos: 135,99 Informativa: 135,99 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.563,95  
 NF: 0 Base INSS: 1.699,94 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.699,94 Valor FGTS: 135,99 Base IRRF: 1.563,95

Empr.: 2141 NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE Situação: Trabalhando CPF: 396.213.588-09 PIS: 236.44631.30-8  
 Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 59375/00315  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

8781 DIAS NORMAIS 29,00 2.368,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 251,48 D  
 8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE 1,00 81,68 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 47,91 D  
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 192,95 P  
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 6,65 P  
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 22,09 144,34 P  
 ND: 0 Proventos: 2.794,33 Descontos: 299,39 Informativa: 223,54 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.494,94  
 NF: 0 Base INSS: 2.794,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.794,33 Valor FGTS: 223,54 Base IRRF: 2.542,85  
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 13/06/2019 a 13/06/2019

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89  
 Cálculo: Folha Mensal  
 Competência: 06/2019

Página: 7/11  
 Emissão: 28/06/2019  
 Horas: 12:03:39

Empregados

EXTRATO MENSAL

|                                   |                                         |           |                 |          |                        |             |                       |        |            |          |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|-----------|-----------------|----------|------------------------|-------------|-----------------------|--------|------------|----------|
| Empr.:                            | 2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA          | Situação: | Trabalhando     | CPF:     | 434.914.478-10         | PIS:        | 204.97661.73-4        |        |            |          |
| Cargo:                            | 71 TEC. ENFERMAGEM                      | Vínculo:  | Celetista       | Adm:     | 25/01/2019             | CTPS/Série: | 097817/00439          |        |            |          |
| CC:                               | 900                                     | Depto:    | 600             | Filial:  | 1                      | Salário:    | 1.343,95              |        |            |          |
| 8781 DIAS NORMAIS                 |                                         | 30,00     | 1.343,95 P      | 998      | I.N.S.S.               | 8,00        | 123,48 D              |        |            |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%              |                                         | 20,00     | 199,60 P        |          |                        |             |                       |        |            |          |
| ND:                               | 0 Proventos:                            | 1.543,55  | Descontos:      | 123,48   | Informativa:           | 123,48      | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.420,07 |
| NF:                               | 0 Base INSS:                            | 1.543,55  | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:             | 1.543,55    | Valor FGTS:           | 123,48 | Base IRRF: | 1.420,07 |
|                                   |                                         |           |                 |          |                        |             |                       |        |            |          |
| Empr.:                            | 2154 NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA | Situação: | Trabalhando     | CPF:     | 394.946.148-52         | PIS:        | 203.20306.87-3        |        |            |          |
| Cargo:                            | 56 ENFERMEIRO (A)                       | Vínculo:  | Celetista       | Adm:     | 04/10/2017             | CTPS/Série: | 072068/00400          |        |            |          |
| CC:                               | 900                                     | Depto:    | 600             | Filial:  | 1                      | Salário:    | 2.450,39              |        |            |          |
| 8781 DIAS NORMAIS                 |                                         | 30,00     | 2.450,39 P      | 998      | I.N.S.S.               | 11,00       | 321,65 D              |        |            |          |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR            |                                         | 0,00      | 39,75 P         | 999      | IMPOSTO DE RENDA       | 7,50        | 52,39 D               |        |            |          |
| 150 HORAS EXTRAS                  |                                         | 11,00     | 198,75 P        |          |                        |             |                       |        |            |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%              |                                         | 20,00     | 199,60 P        |          |                        |             |                       |        |            |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%         |                                         | 8,00      | 35,64 P         |          |                        |             |                       |        |            |          |
| ND:                               | 0 Proventos:                            | 2.924,13  | Descontos:      | 374,04   | Informativa:           | 233,93      | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 2.550,09 |
| NF:                               | 0 Base INSS:                            | 2.924,13  | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:             | 2.924,13    | Valor FGTS:           | 233,93 | Base IRRF: | 2.602,48 |
|                                   |                                         |           |                 |          |                        |             |                       |        |            |          |
| Empr.:                            | 2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA          | Situação: | Trabalhando     | CPF:     | 285.280.548-02         | PIS:        | 190.47976.86-2        |        |            |          |
| Cargo:                            | 71 TEC. ENFERMAGEM                      | Vínculo:  | Celetista       | Adm:     | 04/10/2017             | CTPS/Série: | 47160/00315           |        |            |          |
| CC:                               | 900                                     | Depto:    | 600             | Filial:  | 1                      | Salário:    | 1.343,95              |        |            |          |
| 8781 DIAS NORMAIS                 |                                         | 30,00     | 1.343,95 P      | 998      | I.N.S.S.               | 9,00        | 161,79 D              |        |            |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%              |                                         | 20,00     | 199,60 P        |          |                        |             |                       |        |            |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%         |                                         | 104,00    | 254,13 P        |          |                        |             |                       |        |            |          |
| ND:                               | 0 Proventos:                            | 1.797,68  | Descontos:      | 161,79   | Informativa:           | 143,81      | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.635,89 |
| NF:                               | 0 Base INSS:                            | 1.797,68  | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:             | 1.797,68    | Valor FGTS:           | 143,81 | Base IRRF: | 1.635,89 |
|                                   |                                         |           |                 |          |                        |             |                       |        |            |          |
| Empr.:                            | 2164 PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA        | Situação: | Trabalhando     | CPF:     | 305.075.078-27         | PIS:        | 236.45761.69-8        |        |            |          |
| Cargo:                            | 71 TEC. ENFERMAGEM                      | Vínculo:  | Celetista       | Adm:     | 04/10/2017             | CTPS/Série: | 59107/00240           |        |            |          |
| CC:                               | 900                                     | Depto:    | 600             | Filial:  | 1                      | Salário:    | 1.343,95              |        |            |          |
| 8781 DIAS NORMAIS                 |                                         | 30,00     | 1.343,95 P      | 998      | I.N.S.S.               | 8,00        | 123,48 D              |        |            |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%              |                                         | 20,00     | 199,60 P        |          |                        |             |                       |        |            |          |
| ND:                               | 1 Proventos:                            | 1.543,55  | Descontos:      | 123,48   | Informativa:           | 123,48      | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.420,07 |
| NF:                               | 1 Base INSS:                            | 1.543,55  | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:             | 1.543,55    | Valor FGTS:           | 123,48 | Base IRRF: | 1.230,48 |
|                                   |                                         |           |                 |          |                        |             |                       |        |            |          |
| Empr.:                            | 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA   | Situação: | Férias          | CPF:     | 298.440.178-66         | PIS:        | 127.24425.16-4        |        |            |          |
| Cargo:                            | 56 ENFERMEIRO (A)                       | Vínculo:  | Celetista       | Adm:     | 04/10/2017             | CTPS/Série: | 48657/00240           |        |            |          |
| CC:                               | 900                                     | Depto:    | 600             | Filial:  | 1                      | Salário:    | 2.450,39              |        |            |          |
| 805 MEDIA VALOR FERIAS            |                                         | 17,50     | 17,50 P         | 937      | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00        | 3.179,58 D            |        |            |          |
| 806 MEDIA HORAS FERIAS            |                                         | 133,02    | 133,02 P        | 812      | INSS FERIAS            | 11,00       | 410,74 D              |        |            |          |
| 807 VANTAGENS FERIAS              |                                         | 199,60    | 199,60 P        | 942      | IRRF FERIAS            | 15,00       | 143,69 D              |        |            |          |
| 931 1/3 DAS FERIAS                |                                         | 33,33     | 933,50 P        |          |                        |             |                       |        |            |          |
| 8783 DIAS FERIAS                  |                                         | 30,00     | 2.450,39 P      |          |                        |             |                       |        |            |          |
| ND:                               | 0 Proventos:                            | 3.734,01  | Descontos:      | 3.734,01 | Informativa:           | 298,72      | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 0,00     |
| NF:                               | 0 Base INSS:                            | 3.734,01  | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:             | 3.734,01    | Valor FGTS:           | 298,72 | Base IRRF: | 0,00     |
| FERIAS DE 01/06/2019 - 30/06/2019 |                                         |           |                 |          |                        |             |                       |        |            |          |

FERIAS DE 01/06/2019 - 30/06/2019

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89  
 Cálculo: Folha Mensal  
 Competência: 06/2019

Página: 8/11  
 Emissão: 28/06/2019  
 Horas: 12:03:39

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2128 REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUS. Situação: Trabalhando CPF: 259.782.788-73 PIS: 126.82653.15-6  
 Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 30950/00240  
 CC: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.145,66

|                           |        |            |     |          |      |          |
|---------------------------|--------|------------|-----|----------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00  | 1.145,66 P | 998 | I.N.S.S. | 8,00 | 126,28 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00  | 199,60 P   |     |          |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00 | 233,30 P   |     |          |      |          |

|                  |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|------------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 1 Proventos: | 1.578,56 | Descontos:      | 126,28 | Informativa: | 126,28   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.452,28 |
| NF: 1 Base INSS: | 1.578,56 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.578,56 | Valor FGTS:           | 126,28 | Base IRRF: | 1.262,69 |

Empr.: 2156 RENATA MONTI FORNAZARI Situação: Demitido CPF: 293.198.538-43 PIS: 142.08088.22-9  
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 06556/00435  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

|                                     |       |            |     |                      |        |            |
|-------------------------------------|-------|------------|-----|----------------------|--------|------------|
| 9180 SALDO DE SALARIO DIAS          | 27,00 | 2.205,35 P | 51  | LIQUIDO RESCISAO     | 0,00   | 9.292,64 D |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR              | 0,00  | 38,18 P    | 293 | DESC VALE REFEIÇÃO   | 196,00 | 196,00 D   |
| 150 HORAS EXTRAS                    | 12,15 | 219,53 P   | 826 | INSS SOBRE RESCISAO  | 11,00  | 625,92 D   |
| 8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1  | 6,00  | 1.225,20 P | 989 | INSS 13 SAL.RESCISAO | 8,00   | 125,85 D   |
| 8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO       | 6,00  | 23,44 P    |     |                      |        |            |
| 8553 VANTAGENS 13o RESCISAO         | 6,00  | 99,80 P    |     |                      |        |            |
| 803 13o 1/12 INDENIZADO             | 1,00  | 204,20 P   |     |                      |        |            |
| 8153 MEDIA HORAS 13o 1/12 INDENIZAC | 1,00  | 3,91 P     |     |                      |        |            |
| 8154 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO  | 1,00  | 16,63 P    |     |                      |        |            |
| 29 FERIAS PROPORCIONAIS             | 9,00  | 1.837,79 P |     |                      |        |            |
| 811 FERIAS 1/12 INDENIZADO          | 1,00  | 204,20 P   |     |                      |        |            |
| 815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL       | 9,00  | 21,98 P    |     |                      |        |            |
| 817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL       | 9,00  | 149,70 P   |     |                      |        |            |
| 8126 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC    | 33,33 | 74,43 P    |     |                      |        |            |
| 8157 MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENI | 1,00  | 2,44 P     |     |                      |        |            |
| 8158 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA | 1,00  | 16,64 P    |     |                      |        |            |
| 8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI | 33,33 | 669,82 P   |     |                      |        |            |
| 22 AVISO PREVIO                     | 33,00 | 2.695,43 P |     |                      |        |            |
| 8145 MEDIA HORAS AVISO PREVIO       | 33,00 | 96,90 P    |     |                      |        |            |
| 8146 VANTAGENS AVISO PREVIO         | 33,00 | 219,56 P   |     |                      |        |            |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                | 20,00 | 179,64 P   |     |                      |        |            |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%           | 8,00  | 35,64 P    |     |                      |        |            |

|                  |           |                 |           |              |          |                       |          |            |          |
|------------------|-----------|-----------------|-----------|--------------|----------|-----------------------|----------|------------|----------|
| ND: 1 Proventos: | 10.240,41 | Descontos:      | 10.240,41 | Informativa: | 3261,44  | Informativa Dedutora: | 0        | Líquido:   | 0,00     |
| NF: 1 Base INSS: | 7.263,41  | Excedente INSS: | 0,00      | Base FGTS:   | 7.263,41 | Valor FGTS:           | 3.261,44 | Base IRRF: | 3.120,57 |

DEMITIDO EM 27/06/2019 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

Empr.: 2157 RICARDO DE CARVALHO Situação: Trabalhando CPF: 281.686.478-23 PIS: 125.51156.27-2  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 69805/00154  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                           |        |            |     |          |      |          |
|---------------------------|--------|------------|-----|----------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00  | 1.343,95 P | 998 | I.N.S.S. | 9,00 | 163,55 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00  | 199,60 P   |     |          |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00 | 273,68 P   |     |          |      |          |

|                  |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|------------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| ND: 0 Proventos: | 1.817,23 | Descontos:      | 163,55 | Informativa: | 145,37   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.653,68 |
| NF: 0 Base INSS: | 1.817,23 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.817,23 | Valor FGTS:           | 145,37 | Base IRRF: | 1.653,68 |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89  
 Cálculo: Folha Mensal  
 Competência: 06/2019

Página: 9/11  
 Emissão: 28/06/2019  
 Horas: 12:03:39

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2159 SONIA MARIA RIZZO Situação: Férias CPF: 101.480.718-21 PIS: 120.98824.43-4  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 11282/00048  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

|                        |        |            |     |                        |      |            |
|------------------------|--------|------------|-----|------------------------|------|------------|
| 805 MEDIA VALOR FERIAS | 16,33  | 16,33 P    | 937 | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00 | 1.896,37 D |
| 806 MEDIA HORAS FERIAS | 3,06   | 3,06 P     | 812 | INSS FERIAS            | 9,00 | 187,55 D   |
| 807 VANTAGENS FERIAS   | 199,60 | 199,60 P   |     |                        |      |            |
| 931 1/3 DAS FERIAS     | 33,33  | 520,98 P   |     |                        |      |            |
| 8783 DIAS FERIAS       | 30,00  | 1.343,95 P |     |                        |      |            |

ND: 0 Proventos: 2.083,92 Descontos: 2.083,92 Informativa: 166,71 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00  
 NF: 0 Base INSS: 2.083,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.083,92 Valor FGTS: 166,71 Base IRRF: 0,00  
 FERIAS DE 01/06/2019 - 30/06/2019

Empr.: 33 THAIS BOARETO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 329.168.118-50 PIS: 134.51447.81-8  
 Cargo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Vínculo: Celetista Adm: 15/09/2014 CTPS/Série: 22778/315  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.775,83

|                                |          |            |     |                  |       |          |
|--------------------------------|----------|------------|-----|------------------|-------|----------|
| 294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO | 185,02   | 185,02 P   | 998 | I.N.S.S.         | 11,00 | 465,35 D |
| 8781 DIAS NORMAIS              | 30,00    | 2.775,83 P | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 22,50 | 211,04 D |
| 245 AJUDA DE CUSTO             | 277,58   | 277,58 P   |     |                  |       |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%           | 20,00    | 199,60 P   |     |                  |       |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%      | 1,38     | 8,51 P     |     |                  |       |          |
| 27 ADICIONAL RT                | 1.061,58 | 1.061,58 P |     |                  |       |          |

ND: 0 Proventos: 4.508,12 Descontos: 676,39 Informativa: 338,44 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.831,73  
 NF: 0 Base INSS: 4.230,54 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.230,54 Valor FGTS: 338,44 Base IRRF: 3.765,19

Empr.: 2799 VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ Situação: Trabalhando CPF: 298.834.288-12 PIS: 190.08698.55-5  
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 11/06/2019 CTPS/Série: 67332/00240  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,96

|                      |       |          |     |          |      |         |
|----------------------|-------|----------|-----|----------|------|---------|
| 8781 DIAS NORMAIS    | 20,00 | 895,97 P | 998 | I.N.S.S. | 8,00 | 82,32 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00 | 133,07 P |     |          |      |         |

ND: 2 Proventos: 1.029,04 Descontos: 82,32 Informativa: 82,32 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 946,72  
 NF: 2 Base INSS: 1.029,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.029,04 Valor FGTS: 82,32 Base IRRF: 567,54

Empr.: 2140 VIVIANE LIE YOKOYAMA Situação: Trabalhando CPF: 259.873.048-81 PIS: 125.93226.14-7  
 Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 81158/00154  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

|                      |        |            |     |                  |       |          |
|----------------------|--------|------------|-----|------------------|-------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS    | 30,00  | 2.450,39 P | 998 | I.N.S.S.         | 11,00 | 357,49 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20% | 20,00  | 199,60 P   | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50  | 59,92 D  |
| 27 ADICIONAL RT      | 600,00 | 600,00 P   |     |                  |       |          |

ND: 1 Proventos: 3.249,99 Descontos: 417,41 Informativa: 259,99 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.832,58  
 NF: 1 Base INSS: 3.249,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.249,99 Valor FGTS: 259,99 Base IRRF: 2.702,91

Empr.: 2421 WILLIAN SOUZA SALADINI Situação: Trabalhando CPF: 408.930.248-05 PIS: 158.61320.19-9  
 Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 02/05/2018 CTPS/Série: 030224/00370  
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

|                           |       |            |     |                  |      |          |
|---------------------------|-------|------------|-----|------------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00 | 2.450,39 P | 998 | I.N.S.S.         | 9,00 | 262,17 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00 | 199,60 P   | 999 | IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 56,01 D  |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 40,25 | 263,01 P   |     |                  |      |          |

ND: 0 Proventos: 2.913,00 Descontos: 318,18 Informativa: 233,04 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.594,82  
 NF: 0 Base INSS: 2.913,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.913,00 Valor FGTS: 233,04 Base IRRF: 2.650,83

Total Geral Proventos: 97.814,67

Total Geral Descontos: 28.836,83  
 Líquido Geral: 68.977,84

**Empresa:** 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0008-89  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 06/2019

**Página:** 10/11  
**Emissão:** 28/06/2019  
**Horas:** 12:03:39

Empregados

## EXTRATO MENSAL

### Resumo por Rubrica

|                                      |          |             |                              |        |            |
|--------------------------------------|----------|-------------|------------------------------|--------|------------|
| 16 INSALUBRIDADE 20%                 | 780,00   | 7.485,02 P  | 51 LIQUIDO RESCISAO          | 0,00   | 9.292,64 D |
| 22 AVISO PREVIO                      | 33,00    | 2.695,43 P  | 293 DESC VALE REFEIÇÃO       | 196,00 | 196,00 D   |
| 27 ADICIONAL RT                      | 2.161,58 | 2.161,58 P  | 812 INSS FERIAS              | 29,00  | 813,81 D   |
| 29 FERIAS PROPORCIONAIS              | 9,00     | 1.837,79 P  | 821 INSS DIFERENCA FERIAS    | 9,00   | 0,99 D     |
| 150 HORAS EXTRAS                     | 45,15    | 815,78 P    | 826 INSS SOBRE RESCISAO      | 11,00  | 625,92 D   |
| 245 AJUDA DE CUSTO                   | 277,58   | 277,58 P    | 937 ADIANTAMENTO DE FERIAS   | 0,00   | 7.234,56 D |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%            | 1.685,88 | 4.819,85 P  | 942 IRRF FERIAS              | 22,50  | 164,33 D   |
| 250 REFLEXO EXTRAS DSR               | 0,00     | 157,43 P    | 989 INSS 13 SAL.RESCISAO     | 8,00   | 125,85 D   |
| 294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO       | 185,02   | 185,02 P    | 998 I.N.S.S.                 | 343,00 | 6.998,06 D |
| 803 13o 1/12 INDENIZADO              | 1,00     | 204,20 P    | 999 IMPOSTO DE RENDA         | 97,50  | 734,68 D   |
| 805 MEDIA VALOR FERIAS               | 50,16    | 50,16 P     | 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS | 30,00  | 2.649,99 D |
| 806 MEDIA HORAS FERIAS               | 372,28   | 372,28 P    |                              |        |            |
| 807 VANTAGENS FERIAS                 | 598,80   | 598,80 P    |                              |        |            |
| 811 FERIAS 1/12 INDENIZADO           | 1,00     | 204,20 P    |                              |        |            |
| 815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL        | 9,00     | 21,98 P     |                              |        |            |
| 817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL        | 9,00     | 149,70 P    |                              |        |            |
| 931 1/3 DAS FERIAS                   | 99,99    | 2.053,17 P  |                              |        |            |
| 8011 INSALUB 20% LIC.MATERN          | 20,00    | 153,03 P    |                              |        |            |
| 8013 INSALUB 20% DOENCA              | 20,00    | 199,60 P    |                              |        |            |
| 8126 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC     | 33,33    | 74,43 P     |                              |        |            |
| 8145 MEDIA HORAS AVISO PREVIO        | 33,00    | 96,90 P     |                              |        |            |
| 8146 VANTAGENS AVISO PREVIO          | 33,00    | 219,56 P    |                              |        |            |
| 8153 MEDIA HORAS 13o 1/12 INDENIZAD  | 1,00     | 3,91 P      |                              |        |            |
| 8154 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO   | 1,00     | 16,63 P     |                              |        |            |
| 8157 MEDIA HORAS FERIAS 1/12 INDENI  | 1,00     | 2,44 P      |                              |        |            |
| 8158 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA  | 1,00     | 16,64 P     |                              |        |            |
| 8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI  | 33,33    | 669,82 P    |                              |        |            |
| 8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1   | 6,00     | 1.225,20 P  |                              |        |            |
| 8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO        | 6,00     | 23,44 P     |                              |        |            |
| 8553 VANTAGENS 13o RESCISAO          | 6,00     | 99,80 P     |                              |        |            |
| 8781 DIAS NORMAIS                    | 1.098,00 | 59.605,58 P |                              |        |            |
| 8783 DIAS FERIAS                     | 90,00    | 5.138,29 P  |                              |        |            |
| 8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS        | 23,00    | 1.030,36 P  |                              |        |            |
| 8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)      | 30,00    | 2.450,39 P  |                              |        |            |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE | 9,00     | 433,47 P    |                              |        |            |
| 9180 SALDO DE SALARIO DIAS           | 27,00    | 2.205,35 P  |                              |        |            |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 160,00   | 59,86 P     |                              |        |            |

Líquido Geral: 68.977,84

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



**Empresa:** 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA  
**CNPJ:** 45.349.461/0008-89  
**Cálculo:** Folha Mensal  
**Competência:** 06/2019

**Página:** 11/11  
**Emissão:** 28/06/2019  
**Horas:** 12:03:39

Empregados

### EXTRATO MENSAL

#### Situações

|                                         |    |                                     |           |                            |           |
|-----------------------------------------|----|-------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| Número de empregados:                   | 43 | Salário contribuição empregados:    | 91.910,10 | Base IRRF Mensal:          | 66.747,61 |
| Numero de estagiários:                  | 0  | Salário contribuição contribuintes: | 0,00      | Valor IRRF Mensal:         | 734,68    |
| Trabalhando:                            | 38 | Excedente:                          | 0,00      | Base IRRF Férias:          | 7.398,89  |
| Afastado direitos integrais:            | 0  | Base total:                         | 91.910,10 | Valor IRRF Férias:         | 164,33    |
| Afastado acidente de trabalho:          | 0  | Segurados:                          | 8.564,63  | Base IRRF Partic. Lucros:  | 0,00      |
| Afastado serviço militar:               | 0  | Empresa:                            | 0,00      | Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00      |
| Salário maternidade:                    | 0  | RAT:                                | 0,00      | Base IRRF Exterior:        | 0,00      |
| Salário maternidade INSS:               | 0  | Contribuintes:                      | 0,00      | Valor IRRF Exterior:       | 0,00      |
| Doença:                                 | 2  | Sub-Total:                          | 8.564,63  | Base IRRF 13º Salário:     | 1.257,74  |
| Doença Profissional:                    | 0  | Retenções:                          | 0,00      | Valor IRRF 13º Salário:    | 0,00      |
| Licença sem vencimento:                 | 0  | (-) Salário família/maternidade:    | 1.183,39  | Valor Total do IRRF:       | 899,01    |
| Demitido:                               | 0  | Compensações:                       | 0,00      | IRRF Aluguéis:             | 0,00      |
| Transferido:                            | 0  | Valores pagos a Cooperativas:       | 0,00      | IRRF contribuintes:        | 0,00      |
| Férias:                                 | 3  | Outras Compensações:                | 0,00      | Base do FGTS:              | 84.646,69 |
| Mandato sindical:                       | 0  | Total:                              | 7.381,24  | Valor do FGTS:             | 6.771,54  |
| Aposentadoria:                          | 0  | Terceiros:                          | 0,00      | Base do FGTS Aprendiz:     | 0,00      |
| Partic. curso/programa de qualificação: | 0  | Total INSS:                         | 7.381,24  | Valor do FGTS Aprendiz:    | 0,00      |
| Ausência justificada:                   | 0  |                                     |           | Base FGTS - GRRF:          | 7.263,41  |
| Outros motivos de afastamento:          | 0  |                                     |           | FGTS - GRRF:               | 3.251,44  |
| Admissões:                              | 1  |                                     |           | Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00      |
| Número de contribuintes:                | 0  |                                     |           | FGTS mes ant. - GRRF:      | 0,00      |
|                                         |    |                                     |           | Base PIS:                  | 0,00      |
|                                         |    |                                     |           | Valor PIS:                 | 0,00      |
|                                         |    |                                     |           | Base ISS:                  | 0,00      |
|                                         |    |                                     |           | Valor ISS:                 | 0,00      |

Líquido Geral: 68.977,84

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Clewildo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo: Despesa. Custeio

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

| Código            | Nome do empregado              | CPF            | Valor     |
|-------------------|--------------------------------|----------------|-----------|
| Empregados        |                                |                |           |
| 2329              | ALCIONE BOGAZ                  | 328.629.558-25 | 1.635,89  |
| 2478              | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR  | 272.138.738-30 | 2.734,30  |
| 2163              | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA   | 295.556.788-47 | 3.145,85  |
| 2122              | ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR  | 214.220.888-63 | 1.420,07  |
| 2123              | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA      | 214.801.238-03 | 1.635,89  |
| 2445              | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA     | 014.000.604-43 | 1.618,10  |
| 2336              | BIANCA CAETANO COSTA           | 301.663.768-50 | 1.420,07  |
| 2125              | CATIA FERNANDA FERRAZ          | 377.077.858-86 | 1.671,47  |
| 2752              | CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM   | 295.136.688-43 | 1.438,06  |
| 2772              | DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR  | 218.471.208-65 | 1.652,71  |
| 2126              | DEBORA CRISTINA LOCHE          | 385.855.778-19 | 1.390,95  |
| 2132              | DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB | 322.986.678-96 | 1.600,31  |
| 2134              | EDILAINE MUNHOZ MAQUEA         | 108.823.788-64 | 88,94     |
| 2135              | EDILENE MANOEL                 | 291.914.308-52 | 1.420,07  |
| 2136              | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES    | 095.608.758-25 | 1.420,07  |
| 2137              | GISLAINE MACHADO MORABITO      | 322.167.988-27 | 1.420,07  |
| 2127              | ISADORA MORAIS DE CASTRO SANI  | 379.629.418-98 | 1.314,30  |
| 2130              | IZABEL CRISTINA DE SOUZA       | 095.493.888-75 | 1.268,31  |
| 2139              | JOSE LOPES DE OLIVEIRA         | 061.725.928-31 | 1.653,68  |
| 2428              | JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA     | 393.118.558-39 | 2.419,42  |
| 2146              | KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA     | 389.267.668-29 | 1.420,07  |
| 2771              | LAIS MARANI SILVA              | 354.059.608-96 | 2.750,26  |
| 2147              | LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERF | 427.001.668-09 | 1.420,07  |
| 2148              | LUCAS CARVALHO DOS SANTOS      | 400.061.728-14 | 1.545,96  |
| 2142              | LUIS FERNANDO BETONI           | 375.492.158-47 | 2.373,44  |
| 2149              | MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO       | 427.566.218-03 | 1.420,07  |
| 2129              | MARCIA MAIARA POSSENTI         | 382.523.438-05 | 1.282,62  |
| 2151              | MARIA JOSE CARDOSO             | 165.563.288-47 | 1.563,95  |
| 2141              | NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE | 396.213.588-09 | 2.494,94  |
| 2721              | NATALIA PAZINATO DA SILVA      | 434.914.478-10 | 1.420,07  |
| 2154              | NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI  | 394.946.148-52 | 2.550,09  |
| 2153              | PATRICIA ADRIANA FERREIRA      | 285.280.548-02 | 1.635,89  |
| 2164              | PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA    | 305.075.078-27 | 1.420,07  |
| 2128              | REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D  | 259.782.788-73 | 1.452,28  |
| 2157              | RICARDO DE CARVALHO            | 281.686.478-23 | 1.653,68  |
| 33                | THAIS BOARETO DA SILVA         | 329.168.118-50 | 3.831,73  |
| 2799              | VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C | 298.834.288-12 | 946,72    |
| 2140              | VIVIANE LIE YOKOYAMA           | 259.873.048-81 | 2.832,58  |
| 2421              | WILLIAN SOUZA SALADINI         | 408.930.248-05 | 2.594,82  |
| Empregados: 39    |                                |                | 68.977,84 |
| Estagiários: 0    |                                |                |           |
| Contribuintes: 0  |                                |                |           |
| Total da Empresa: |                                |                | 68.977,84 |

MIRANDOPOLIS, 28/06/2019

Responsável:

68.977,84

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2018  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

05/07/2019  
211





G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

## Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ALCIONE BOGAZ, na conta 108.306, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e trinta e cinco reais e oitenta e nove centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                                  |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                  | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                  | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário              | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2329                                        | ALCIONE BOGAZ<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                  | Admissão:            |              | 16/01/2018    |  |

| Código                                                            | Descrição             | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |            |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| 8781                                                              | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |            |
| 16                                                                | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |            |
| 247                                                               | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 254,13                      |                           |                 |            |
| 998                                                               | I.N.S.S.              | 9,00             |                             | 161,79                    |                 |            |
|                                                                   |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |            |
|                                                                   |                       |                  | 1.797,68                    | 161,79                    |                 |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 108306-6<br>Agência: 448 - 0 |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.635,89                  |                 |            |
|                                                                   |                       |                  |                             |                           |                 |            |
| Salário Base                                                      |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                                          |                       | 1.797,68         | 1.797,68                    | 143,81                    | 1.446,30        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                  |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                  | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                  | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário              | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2329                                        | ALCIONE BOGAZ<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                  | Admissão:            |              | 16/01/2018    |  |

| Código                                                            | Descrição             | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |            |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| 8781                                                              | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |            |
| 16                                                                | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |            |
| 247                                                               | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 254,13                      |                           |                 |            |
| 998                                                               | I.N.S.S.              | 9,00             |                             | 161,79                    |                 |            |
|                                                                   |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |            |
|                                                                   |                       |                  | 1.797,68                    | 161,79                    |                 |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 108306-6<br>Agência: 448 - 0 |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.635,89                  |                 |            |
|                                                                   |                       |                  |                             |                           |                 |            |
| Salário Base                                                      |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                                          |                       | 1.797,68         | 1.797,68                    | 143,81                    | 1.446,30        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.734,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ALESSANDRA AGUIAR SALESSE, na conta 198.732, agência 0178 do banco 001.

(Dois mil e setecentos e trinta e quatro reais e trinta centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Geraldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                                  |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                  | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                  | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário              | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2478                                        | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS | 223505               | 600          | 1             |  |
| ENFERMEIRO (A)                              |                                  | Admissão:            |              | 20/10/2018    |  |

| Código                                                               | Descrição             | Referência      | Vencimentos                 | Descontos                 |            |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 8781                                                                 | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 2.450,39                    |                           |            |
| 16                                                                   | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60                      |                           |            |
| 247                                                                  | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00          | 463,35                      |                           |            |
| 998                                                                  | I.N.S.S.              | 11,00           |                             | 342,46                    |            |
| 999                                                                  | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50            |                             | 36,58                     |            |
|                                                                      |                       |                 | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |            |
|                                                                      |                       |                 | 3.113,34                    | 379,04                    |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 198732-1      Agência: 0178 - 3 |                       |                 | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 2.734,30                  |            |
|                                                                      |                       |                 |                             |                           |            |
| Salário Base                                                         | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês              | Base Calc. IRRF           | Faixa IRRF |
| 2.450,39                                                             | 3.113,34              | 3.113,34        | 249,06                      | 2.391,70                  | 7,50       |

\*\*\* PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 11 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                  |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                  | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                  | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário              | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2478                                        | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS | 223505               | 600          | 1             |  |
| ENFERMEIRO (A)                              |                                  | Admissão:            |              | 20/10/2018    |  |

| Código                                                               | Descrição             | Referência      | Vencimentos                 | Descontos                 |            |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------------------|---------------------------|------------|
| 8781                                                                 | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 2.450,39                    |                           |            |
| 16                                                                   | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60                      |                           |            |
| 247                                                                  | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00          | 463,35                      |                           |            |
| 998                                                                  | I.N.S.S.              | 11,00           |                             | 342,46                    |            |
| 999                                                                  | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50            |                             | 36,58                     |            |
|                                                                      |                       |                 | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |            |
|                                                                      |                       |                 | 3.113,34                    | 379,04                    |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 198732-1      Agência: 0178 - 3 |                       |                 | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 2.734,30                  |            |
|                                                                      |                       |                 |                             |                           |            |
| Salário Base                                                         | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês              | Base Calc. IRRF           | Faixa IRRF |
| 2.450,39                                                             | 3.113,34              | 3.113,34        | 249,06                      | 2.391,70                  | 7,50       |

\*\*\* PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 11 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"D. Siqueira Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 3.145,85 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ALESSANDRA DE CASSIA MARD, na conta 19.432, agência 0448 do banco 001.

(Três mil e cento e quarenta e cinco reais e oitenta e cinco centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Orlando Brandi Faria" de Mirandópolis  
Despesa. Custeio



|                                             |                                                 |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                                 | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                                 | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                             | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2163                                        | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN<br>ENFERMEIRO (A) | 223505               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                                 | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                                             | Descrição             | Referência              | Vencimentos                 | Descontos                 |                        |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| 8781                                                               | DIAS NORMAIS          | 30,00                   | 2.450,39                    |                           |                        |
| 250                                                                | REFLEXO EXTRAS DSR    | 0,00                    | 79,50                       |                           |                        |
| 150                                                                | HORAS EXTRAS          | 22,00                   | 397,50                      |                           |                        |
| 16                                                                 | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00                   | 199,60                      |                           |                        |
| 247                                                                | ADICIONAL NOTURNO 40% | 126,24                  | 562,43                      |                           |                        |
| 998                                                                | I.N.S.S.              | 11,00                   |                             | 405,83                    |                        |
| 999                                                                | IMPOSTO DE RENDA      | 15,00                   |                             | 137,74                    |                        |
|                                                                    |                       |                         | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                        |
|                                                                    |                       |                         | 3.689,42                    | 543,57                    |                        |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19432-8      Agência: 448 - 0 |                       |                         | <b>Valor Líquido</b> ➡      | <b>3.145,85</b>           |                        |
|                                                                    |                       |                         |                             |                           |                        |
| <b>Salário Base</b>                                                |                       | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Calc. FGTS</b>      | <b>FGTS do Mês</b>        | <b>Base Calc. IRRF</b> |
| 2.450,39                                                           |                       | 3.689,42                | 3.689,42                    | 295,15                    | 3.283,59               |
|                                                                    |                       |                         |                             |                           | <b>Faixa IRRF</b>      |
|                                                                    |                       |                         |                             |                           | 15,00                  |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                                 |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                                 | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                                 | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                             | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2163                                        | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN<br>ENFERMEIRO (A) | 223505               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                                 | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                                             | Descrição             | Referência              | Vencimentos                 | Descontos                 |                        |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| 8781                                                               | DIAS NORMAIS          | 30,00                   | 2.450,39                    |                           |                        |
| 250                                                                | REFLEXO EXTRAS DSR    | 0,00                    | 79,50                       |                           |                        |
| 150                                                                | HORAS EXTRAS          | 22,00                   | 397,50                      |                           |                        |
| 16                                                                 | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00                   | 199,60                      |                           |                        |
| 247                                                                | ADICIONAL NOTURNO 40% | 126,24                  | 562,43                      |                           |                        |
| 998                                                                | I.N.S.S.              | 11,00                   |                             | 405,83                    |                        |
| 999                                                                | IMPOSTO DE RENDA      | 15,00                   |                             | 137,74                    |                        |
|                                                                    |                       |                         | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                        |
|                                                                    |                       |                         | 3.689,42                    | 543,57                    |                        |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19432-8      Agência: 448 - 0 |                       |                         | <b>Valor Líquido</b> ➡      | <b>3.145,85</b>           |                        |
|                                                                    |                       |                         |                             |                           |                        |
| <b>Salário Base</b>                                                |                       | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Calc. FGTS</b>      | <b>FGTS do Mês</b>        | <b>Base Calc. IRRF</b> |
| 2.450,39                                                           |                       | 3.689,42                | 3.689,42                    | 295,15                    | 3.283,59               |
|                                                                    |                       |                         |                             |                           | <b>Faixa IRRF</b>      |
|                                                                    |                       |                         |                             |                           | 15,00                  |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ANA AUGUSTA FELICIANI NOG, na conta 19.481, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Miranópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                                |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário            | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2122                                        | ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             | TEC. ENFERMAGEM                | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição         | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |
|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS      | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |
| 998                     | I.N.S.S.          | 8,00             |                             | 123,48                    |                 |
|                         |                   |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |
|                         |                   |                  | 1.543,55                    | 123,48                    |                 |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.420,07                  |                 |
| conta corrente: 19481-6 |                   |                  |                             |                           |                 |
| Agência: 448 - 0        |                   |                  |                             |                           |                 |
| Salário Base            |                   | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF |
| 1.343,95                |                   | 1.543,55         | 1.543,55                    | 123,48                    | 1.040,89        |
|                         |                   |                  |                             |                           | Faixa IRRF      |
|                         |                   |                  |                             |                           | 0,00            |

\*\*\* PARABENS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 29 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário            | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2122                                        | ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             | TEC. ENFERMAGEM                | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição         | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |
|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS      | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |
| 998                     | I.N.S.S.          | 8,00             |                             | 123,48                    |                 |
|                         |                   |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |
|                         |                   |                  | 1.543,55                    | 123,48                    |                 |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.420,07                  |                 |
| conta corrente: 19481-6 |                   |                  |                             |                           |                 |
| Agência: 448 - 0        |                   |                  |                             |                           |                 |
| Salário Base            |                   | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF |
| 1.343,95                |                   | 1.543,55         | 1.543,55                    | 123,48                    | 1.040,89        |
|                         |                   |                  |                             |                           | Faixa IRRF      |
|                         |                   |                  |                             |                           | 0,00            |

\*\*\* PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 29 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0197/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual:  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA, na conta 19.476, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e trinta e cinco reais e oitenta e nove centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo: Despesa, Custeio

|                                             |                                              |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                              | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                              | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                          | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2123                                        | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                              | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                                             | Descrição             | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| 8781                                                               | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |            |
| 16                                                                 | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |            |
| 247                                                                | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 254,13                      |                           |                 |            |
| 998                                                                | I.N.S.S.              | 9,00             |                             | 161,79                    |                 |            |
|                                                                    |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |            |
|                                                                    |                       |                  | 1.797,68                    | 161,79                    |                 |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19476-x      Agência: 448 - 0 |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.635,89                  |                 |            |
|                                                                    |                       |                  |                             |                           |                 |            |
| Salário Base                                                       |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                                           |                       | 1.797,68         | 1.797,68                    | 143,81                    | 1.635,89        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                              |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                              | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                              | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                          | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2123                                        | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                              | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                                             | Descrição             | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |            |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| 8781                                                               | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |            |
| 16                                                                 | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |            |
| 247                                                                | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 254,13                      |                           |                 |            |
| 998                                                                | I.N.S.S.              | 9,00             |                             | 161,79                    |                 |            |
|                                                                    |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |            |
|                                                                    |                       |                  | 1.797,68                    | 161,79                    |                 |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19476-x      Agência: 448 - 0 |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.635,89                  |                 |            |
|                                                                    |                       |                  |                             |                           |                 |            |
| Salário Base                                                       |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                                           |                       | 1.797,68         | 1.797,68                    | 143,81                    | 1.635,89        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.618,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ANA PAULA DOS SANTOS SILV, na conta 20.148, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e dezoito reais e dez centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Maracápolis  
Tipo Despesa: Custo



|                                             |                                               |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                               | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                               | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                           | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2445                                        | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                               | Admissão:            |              | 23/07/2018    |  |

| Código                                       | Descrição             | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |            |
|----------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |            |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |            |
| 247                                          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 96,00            | 234,58                      |                           |                 |            |
| 998                                          | I.N.S.S.              | 9,00             |                             | 160,03                    |                 |            |
|                                              |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |            |
|                                              |                       |                  | 1.778,13                    | 160,03                    |                 |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 20148-0 |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.618,10                  |                 |            |
|                                              |                       |                  |                             |                           |                 |            |
| Salário Base                                 |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                     |                       | 1.778,13         | 1.778,13                    | 142,25                    | 1.049,33        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                               |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                               | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                               | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                           | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2445                                        | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205               | 600          | 1             |  |
|                                             |                                               | Admissão:            |              | 23/07/2018    |  |

| Código                                       | Descrição             | Referência       | Vencimentos                 | Descontos                 |                 |            |
|----------------------------------------------|-----------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------|------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.343,95                    |                           |                 |            |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60                      |                           |                 |            |
| 247                                          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 96,00            | 234,58                      |                           |                 |            |
| 998                                          | I.N.S.S.              | 9,00             |                             | 160,03                    |                 |            |
|                                              |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                 |            |
|                                              |                       |                  | 1.778,13                    | 160,03                    |                 |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 20148-0 |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.618,10                  |                 |            |
|                                              |                       |                  |                             |                           |                 |            |
| Salário Base                                 |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS             | FGTS do Mês               | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                     |                       | 1.778,13         | 1.778,13                    | 142,25                    | 1.049,33        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado de Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a BIANCA CAETANO COSTA, na conta 111.247, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado de Saúde  
UCE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Orsivaldo Brandi Faria" de Marabápolis  
Tipo: Despesa. Custeio

|                                             |                      |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                      | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                      | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário  | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2336                                        | BIANCA CAETANO COSTA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                      | Admissão:            |              | 17/01/2018    |  |

| Código            | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781              | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998               | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                   |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                   |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1 |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta: 111247-3   |                   |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0  |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base      | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95          | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.230,48           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                      |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                      | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                      | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário  | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2336                                        | BIANCA CAETANO COSTA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                      | Admissão:            |              | 17/01/2018    |  |

| Código            | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781              | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998               | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                   |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                   |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1 |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta: 111247-3   |                   |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0  |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base      | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95          | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.230,48           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.671,47 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a CATIA FERNANDA FERRAZ, na conta 19.425, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e setenta e um reais e quarenta e sete centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                       |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                       | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                       | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário   | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2125                                        | CATIA FERNANDA FERRAZ | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                       | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 120,00          | 293,23               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 165,31             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.836,78             | 165,31             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.671,47           |            |
| conta corrente: 19425-5 |                       |                 | ➡                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.836,78              | 1.836,78        | 146,94               | 1.481,88           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                       |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                       | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                       | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário   | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2125                                        | CATIA FERNANDA FERRAZ | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                       | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 120,00          | 293,23               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 165,31             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.836,78             | 165,31             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.671,47           |            |
| conta corrente: 19425-5 |                       |                 | ➡                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.836,78              | 1.836,78        | 146,94               | 1.481,88           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090195 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.438,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a CRISTIANE PASCOALETO VEND, na conta 20.619, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e trinta e oito reais e seis centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



|                                             |                               |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                               | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                               | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário           | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2752                                        | CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                               | Admissão:            |              | 22/03/2019    |  |

| Código            | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781              | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247               | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,00            | 19,55                |                    |            |
| 998               | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 125,04             |            |
|                   |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                   |                       |                 | 1.563,10             | 125,04             |            |
| BANCO DO BRASIL 1 |                       |                 | Valor Líquido        | 1.438,06           |            |
| conta: 20619-9    |                       |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0  |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base      | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95          | 1.563,10              | 1.563,10        | 125,04               | 1.248,47           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                               |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                               | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                               | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário           | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2752                                        | CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                               | Admissão:            |              | 22/03/2019    |  |

| Código            | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781              | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247               | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,00            | 19,55                |                    |            |
| 998               | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 125,04             |            |
|                   |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                   |                       |                 | 1.563,10             | 125,04             |            |
| BANCO DO BRASIL 1 |                       |                 | Valor Líquido        | 1.438,06           |            |
| conta: 20619-9    |                       |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0  |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base      | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95          | 1.563,10              | 1.563,10        | 125,04               | 1.248,47           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.652,71 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a DANIELA DOS SANTOS DE OLI, na conta 20.671, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e cinquenta e dois reais e setenta e um centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                                |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário            | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2772                                        | DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                | Admissão:            |              | 03/05/2019    |  |

| Código                 | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,96             |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                    | ADICIONAL NOTURNO 40% | 111,56          | 272,60               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 163,45             |            |
|                        |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                       |                 | 1.816,16             | 163,45             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                       |                 | Valor Líquido        | 1.652,71           |            |
| conta salário: 20671-7 |                       |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0       |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,96               | 1.816,16              | 1.816,16        | 145,29               | 1.652,71           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário            | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2772                                        | DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                | Admissão:            |              | 03/05/2019    |  |

| Código                 | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,96             |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                    | ADICIONAL NOTURNO 40% | 111,56          | 272,60               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 163,45             |            |
|                        |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                       |                 | 1.816,16             | 163,45             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                       |                 | Valor Líquido        | 1.652,71           |            |
| conta salário: 20671-7 |                       |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0       |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,96               | 1.816,16              | 1.816,16        | 145,29               | 1.652,71           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.390,95 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a DEBORA CRISTINA LOCHE, na conta 19.413, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e trezentos e noventa reais e noventa e cinco centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                       |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                       | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                       | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário   | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2126                                        | DEBORA CRISTINA LOCHE | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                       | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.145,66             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 80,00           | 166,64               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 120,95             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.511,90             | 120,95             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.390,95           |            |
| conta corrente: 19413-1 |                       |                 | →                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.145,66                | 1.511,90              | 1.511,90        | 120,95               | 1.390,95           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                       |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                       | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                       | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário   | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2126                                        | DEBORA CRISTINA LOCHE | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                       | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.145,66             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 80,00           | 166,64               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 120,95             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.511,90             | 120,95             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.390,95           |            |
| conta corrente: 19413-1 |                       |                 | →                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.145,66                | 1.511,90              | 1.511,90        | 120,95               | 1.390,95           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.600,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a DENISE PRISCILA ANCILOTTO, na conta 7.621, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos reais e trinta e um centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo: Despesa, Custeio



|                                             |                                         |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                         | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                         | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                     | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2132                                        | DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOU | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                         | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                 | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                   | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                   | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 247                    | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 88,00           | 215,03               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.                                 | 9,00            |                      | 158,27             |            |
|                        |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                                          |                 | 1.758,58             | 158,27             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.600,31           |            |
| conta corrente: 7621-X |                                          |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0       |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95               | 1.758,58                                 | 1.758,58        | 140,68               | 1.221,13           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                         |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                         | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                         | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                     | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2132                                        | DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOU | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                         | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                 | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                   | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                   | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 247                    | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 88,00           | 215,03               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.                                 | 9,00            |                      | 158,27             |            |
|                        |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                                          |                 | 1.758,58             | 158,27             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.600,31           |            |
| conta corrente: 7621-X |                                          |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0       |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95               | 1.758,58                                 | 1.758,58        | 140,68               | 1.221,13           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090186 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo: Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 88,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILAINE MUNHOZ MAQUEA, na conta 14.727, agência 0448 do banco 001.

(Oitenta e oito reais e noventa e quatro centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                        |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                        | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                        | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário    | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2134                                        | EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                        | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição              | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 805                     | MEDIA VALOR FERIAS     | 16,33           | 16,33                |                    |            |
| 806                     | MEDIA HORAS FERIAS     | 236,20          | 236,20               |                    |            |
| 807                     | VANTAGENS FERIAS       | 199,60          | 199,60               |                    |            |
| 931                     | 1/3 DAS FERIAS         | 33,33           | 598,69               |                    |            |
| 8783                    | DIAS FERIAS            | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%  | 40,00           | 97,74                |                    |            |
| 937                     | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00            |                      | 2.158,61           |            |
| 812                     | INSS FERIAS            | 9,00            |                      | 215,52             |            |
| 821                     | INSS DIFERENÇA FERIAS  | 9,00            |                      | 0,99               |            |
| 998                     | I.N.S.S.               | 8,00            |                      | 7,81               |            |
| 942                     | IRRF FERIAS            | 7,50            |                      | 20,64              |            |
|                         |                        |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                        |                 | 2.492,51             | 2.403,57           |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                        |                 | Valor Líquido        | 88,94              |            |
| conta corrente: 14727-3 |                        |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                        |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS       | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 2.492,51               | 2.492,51        | 199,39               | 88,94              | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                        |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                        | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                        | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário    | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2134                                        | EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                        | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição              | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 805                     | MEDIA VALOR FERIAS     | 16,33           | 16,33                |                    |            |
| 806                     | MEDIA HORAS FERIAS     | 236,20          | 236,20               |                    |            |
| 807                     | VANTAGENS FERIAS       | 199,60          | 199,60               |                    |            |
| 931                     | 1/3 DAS FERIAS         | 33,33           | 598,69               |                    |            |
| 8783                    | DIAS FERIAS            | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%  | 40,00           | 97,74                |                    |            |
| 937                     | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00            |                      | 2.158,61           |            |
| 812                     | INSS FERIAS            | 9,00            |                      | 215,52             |            |
| 821                     | INSS DIFERENÇA FERIAS  | 9,00            |                      | 0,99               |            |
| 998                     | I.N.S.S.               | 8,00            |                      | 7,81               |            |
| 942                     | IRRF FERIAS            | 7,50            |                      | 20,64              |            |
|                         |                        |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                        |                 | 2.492,51             | 2.403,57           |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                        |                 | Valor Líquido        | 88,94              |            |
| conta corrente: 14727-3 |                        |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                        |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS       | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 2.492,51               | 2.492,51        | 199,39               | 88,94              | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILENE MANOEL, na conta 19.434, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                     |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                     | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                     | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário | CBO                  | Departamento | Fóil          |  |
| 2135                                        | EDILENE MANOEL      | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                     | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                         |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 19434-4 |                   |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.230,48           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                     |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                     | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                     | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário | CBO                  | Departamento | Fóil          |  |
| 2135                                        | EDILENE MANOEL      | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                     | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                         |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 19434-4 |                   |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.230,48           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ELAINE CRISTINA DIAS BORG, na conta 108.275, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



|                                             |                             |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                             | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                             | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário         | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2136                                        | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                             | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                   | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|--------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                     | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                       | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998                      | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                          |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                          |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1        |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 108275-2 |                   |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                 | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                             |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                             | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                             | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário         | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2136                                        | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                             | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                   | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|--------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                     | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                       | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998                      | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                          |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                          |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1        |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 108275-2 |                   |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                 | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a GISLAINE MACHADO MORABITO, na conta 19.478, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

## ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Junho de 2019

| Código | Nome do Funcionário                          | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|----------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2137   | GISLAINE MACHADO MORABITO<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205    | 600          | 1      |
|        |                                              | Admissão: | 04/10/2017   |        |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido ➡      | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 19478-6 |                                          |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.040,89           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

## ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Junho de 2019

| Código | Nome do Funcionário                          | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|----------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2137   | GISLAINE MACHADO MORABITO<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205    | 600          | 1      |
|        |                                              | Admissão: | 04/10/2017   |        |

| Código                                       | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                                         | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                                         | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 998                                          | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                                              |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                              |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19478-6 |                                          |                 | Valor Líquido ➡      | 1.420,07           |            |
|                                              |                                          |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base:                                | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                     | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.040,89           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.314,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ISADORA MORAIS DE CASTRO, na conta 19.411, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e trezentos e catorze reais e trinta centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                                 |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                 | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                 | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário             | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2127                                        | ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                                 | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.107,47             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 38,19                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 40,00           | 83,32                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 114,28             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.428,58             | 114,28             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.314,30           |            |
| conta corrente: 19411-5 |                                          |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.145,66                | 1.428,58                                 | 1.428,58        | 114,28               | 1.314,30           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                 |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                 | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                 | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário             | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2127                                        | ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                                 | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.107,47             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 38,19                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 40,00           | 83,32                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 114,28             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.428,58             | 114,28             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.314,30           |            |
| conta corrente: 19411-5 |                                          |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.145,66                | 1.428,58                                 | 1.428,58        | 114,28               | 1.314,30           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo: Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.268,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a IZABEL CRISTINA DE SOUZA, na conta 19.436, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e duzentos e sessenta e oito reais e trinta e um centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



|                                             |                          |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                          | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                          | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário      | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2130                                        | IZABEL CRISTINA DE SOUZA | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                          | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.145,66             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 16,00           | 33,33                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 110,28             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.378,59             | 110,28             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.268,31           |            |
| conta corrente: 19436-0 |                       |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.145,66                | 1.378,59              | 1.378,59        | 110,28               | 1.268,31           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                          |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                          | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                          | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário      | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2130                                        | IZABEL CRISTINA DE SOUZA | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                          | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.145,66             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 16,00           | 33,33                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 110,28             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.378,59             | 110,28             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.268,31           |            |
| conta corrente: 19436-0 |                       |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.145,66                | 1.378,59              | 1.378,59        | 110,28               | 1.268,31           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. José de Bragança Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.653,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a JOSE LOPES DE OLIVEIRA, na conta 107.885, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e cinquenta e três reais e sessenta e oito centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo: Despesa. Custeio

|                                             |                        |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                        | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                        | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário    | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2139                                        | JOSE LOPES DE OLIVEIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                        | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                    | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                      | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             | 163,55             |            |
| 16                                        | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                                       | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00          | 273,68               |                    |            |
| 998                                       | I.N.S.S.              | 9,00            |                      |                    |            |
|                                           |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                           |                       |                 | 1.817,23             | 163,55             |            |
| BANCO DO BRASIL 1                         |                       |                 | Valor Líquido        | 1.653,68           |            |
| conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0 |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base                              | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                  | 1.817,23              | 1.817,23        | 145,37               | 1.274,50           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                        |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                        | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                        | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário    | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2139                                        | JOSE LOPES DE OLIVEIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                        | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                    | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                      | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             | 163,55             |            |
| 16                                        | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                                       | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00          | 273,68               |                    |            |
| 998                                       | I.N.S.S.              | 9,00            |                      |                    |            |
|                                           |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                           |                       |                 | 1.817,23             | 163,55             |            |
| BANCO DO BRASIL 1                         |                       |                 | Valor Líquido        | 1.653,68           |            |
| conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0 |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base                              | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                  | 1.817,23              | 1.817,23        | 145,37               | 1.274,50           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.419,42 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a JOSIANE DOS SANTOS PEREIR, na conta 25.625, agência 0273 do banco 001.

(Dois mil e quatrocentos e dezenove reais e quarenta e dois centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

|                                             |                            |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                            | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                            | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário        | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2428                                        | JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA | 223605               | 600          | 1             |  |
| FISIOTERAPEUTA                              |                            | Admissão:            |              | 12/06/2018    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 2.450,39             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,36            | 54,63                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 243,41             |            |
| 999                     | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50            |                      | 41,79              |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 2.704,62             | 285,20             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 2.419,42           |            |
| conta poupança: 25625-0 |                       |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 0273 - 9       |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 2.450,39                | 2.704,62              | 2.704,62        | 216,36               | 2.461,21           | 7,50       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                            |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                            | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                            | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário        | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2428                                        | JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA | 223605               | 600          | 1             |  |
| FISIOTERAPEUTA                              |                            | Admissão:            |              | 12/06/2018    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 2.450,39             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,36            | 54,63                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 243,41             |            |
| 999                     | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50            |                      | 41,79              |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 2.704,62             | 285,20             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 2.419,42           |            |
| conta poupança: 25625-0 |                       |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 0273 - 9       |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 2.450,39                | 2.704,62              | 2.704,62        | 216,36               | 2.461,21           | 7,50       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a KELLY CRISTINA RAMOS ROCH, na conta 19.414, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090198 - Hospital Estadual  
"Dr. Geraldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



|                                             |                            |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                            | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                            | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário        | CSO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2146                                        | KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                            | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 28,00           | 1.254,35             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 2,00            | 89,60                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 186,29               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 13,31                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 19414-X |                                          |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                            |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                            | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                            | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário        | CSO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2146                                        | KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                            | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 28,00           | 1.254,35             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 2,00            | 89,60                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 186,29               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 13,31                |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 19414-X |                                          |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090195 - Hospital Estadual  
"Dr. Américo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.750,26 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LAIS MARANI SILVA, na conta 20.679, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e setecentos e cinquenta reais e vinte e seis centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                     |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                     | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                     | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2771                                        | LAIS MARANI SILVA   | 223405               | 700          | 1             |  |
| FARMACEUTICO (A)                            |                     | Admissão:            |              | 03/05/2019    |  |

| Código                 | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 2.450,39             |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 27                     | ADICIONAL RT      | 500,00          | 500,00               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.          | 11,00           |                      | 346,49             |            |
| 999                    | IMPOSTO DE RENDA  | 7,50            |                      | 53,24              |            |
|                        |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                   |                 | 3.149,99             | 399,73             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                   |                 | Valor Líquido        | 2.750,26           |            |
| conta salário: 20679-2 |                   |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 2.450,39               | 3.149,99          | 3.149,99        | 251,99               | 2.613,91           | 7,50       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                     |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                     | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                     | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2771                                        | LAIS MARANI SILVA   | 223405               | 700          | 1             |  |
| FARMACEUTICO (A)                            |                     | Admissão:            |              | 03/05/2019    |  |

| Código                 | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 2.450,39             |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 27                     | ADICIONAL RT      | 500,00          | 500,00               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.          | 11,00           |                      | 346,49             |            |
| 999                    | IMPOSTO DE RENDA  | 7,50            |                      | 53,24              |            |
|                        |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                   |                 | 3.149,99             | 399,73             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                   |                 | Valor Líquido        | 2.750,26           |            |
| conta salário: 20679-2 |                   |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 2.450,39               | 3.149,99          | 3.149,99        | 251,99               | 2.613,91           | 7,50       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LETICIA MAIARA DOS SANTOS, na conta 19.003, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Cassiano Grandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

|                                             |                                  |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                  | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                  | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário              | CBO                  | Departamento | Filiai        |  |
| 2147                                        | LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                  | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 19003-9 |                                          |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                  |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                  | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                  | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário              | CBO                  | Departamento | Filiai        |  |
| 2147                                        | LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                  | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 19003-9 |                                          |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090198 - Hospital Estadual  
"D. Cassilda Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.545,96 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LUCAS CARVALHO DOS SANTOS, na conta 19.412, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e quarenta e cinco reais e noventa e seis centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Fernando Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



|                                             |                           |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                           | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                           | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário       | CBO                  | Departamento | Fóil          |  |
| 2148                                        | LUCAS CARVALHO DOS SANTOS | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                           | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 56,00           | 136,84               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 134,43             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.680,39             | 134,43             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.545,96           |            |
| conta corrente: 19412-3 |                                          |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.680,39                                 | 1.680,39        | 134,43               | 1.545,96           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                           |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                           | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                           | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário       | CBO                  | Departamento | Fóil          |  |
| 2148                                        | LUCAS CARVALHO DOS SANTOS | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                           | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 1.299,15             |                    |            |
| 8870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                    | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 56,00           | 136,84               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 134,43             |            |
|                         |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                                          |                 | 1.680,39             | 134,43             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.545,96           |            |
| conta corrente: 19412-3 |                                          |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.680,39                                 | 1.680,39        | 134,43               | 1.545,96           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.373,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LUIS FERNANDO BETONI, na conta 19.422, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e trezentos e setenta e três reais e quarenta e quatro centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

Código 2142 Nome do Funcionário LUIS FERNANDO BETONI  
FISIOTERAPEUTA

CBO 223605 Departamento 600 Fila 1  
Admissão: 04/10/2017

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 8781   | DIAS NORMAIS      |            |                      |                    |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 30,00      | 2.450,39             |                    |
| 998    | I.N.S.S.          | 20,00      | 199,60               |                    |
| 999    | IMPOSTO DE RENDA  | 9,00       |                      | 238,49             |
|        |                   | 7,50       |                      | 38,06              |
|        |                   |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|        |                   |            | 2.649,99             | 276,55             |
|        |                   |            | Valor Líquido →      | 2.373,44           |

BANCO DO BRASIL 1  
conta corrente: 19422-0 Agência: 448 - 0

Salário Base 2.450,39 Sal. Contr. INSS 2.649,99 Base Calc. FGTS 2.649,99 FGTS do Mês 211,99 Base Calc. IRRF 2.411,50 Faixa IRRF 7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

Código 2142 Nome do Funcionário LUIS FERNANDO BETONI  
FISIOTERAPEUTA

CBO 223605 Departamento 600 Fila 1  
Admissão: 04/10/2017

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 8781   | DIAS NORMAIS      |            |                      |                    |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 30,00      | 2.450,39             |                    |
| 998    | I.N.S.S.          | 20,00      | 199,60               |                    |
| 999    | IMPOSTO DE RENDA  | 9,00       |                      | 238,49             |
|        |                   | 7,50       |                      | 38,06              |
|        |                   |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|        |                   |            | 2.649,99             | 276,55             |
|        |                   |            | Valor Líquido →      | 2.373,44           |

BANCO DO BRASIL 1  
conta corrente: 19422-0 Agência: 448 - 0

Salário Base 2.450,39 Sal. Contr. INSS 2.649,99 Base Calc. FGTS 2.649,99 FGTS do Mês 211,99 Base Calc. IRRF 2.411,50 Faixa IRRF 7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO, na conta 19.415, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

Código 2149 Nome do Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO  
TEC. ENFERMAGEM

CBO 322205 Departamento 600 Filial 1  
Admissão: 04/10/2017

| Código                                       | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS                             | 6,00            | 268,79               |                    |            |
| 8784                                         | SALARIO MATERNIDADE DIAS                 | 23,00           | 1.030,36             |                    |            |
| 8870                                         | DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 39,92                |                    |            |
| 8011                                         | INSALUB 20% LIC.MATERN                   | 20,00           | 153,03               |                    |            |
| 9230                                         | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 998                                          | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                                              |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                              |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19415-8 |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| Agência: 448 - 0                             |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base                                 | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                     | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

Código 2149 Nome do Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO  
TEC. ENFERMAGEM

CBO 322205 Departamento 600 Filial 1  
Admissão: 04/10/2017

| Código                                       | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS                             | 6,00            | 268,79               |                    |            |
| 8784                                         | SALARIO MATERNIDADE DIAS                 | 23,00           | 1.030,36             |                    |            |
| 8870                                         | DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 44,80                |                    |            |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 39,92                |                    |            |
| 8011                                         | INSALUB 20% LIC.MATERN                   | 20,00           | 153,03               |                    |            |
| 9230                                         | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 998                                          | I.N.S.S.                                 | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                                              |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                              |                                          |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19415-8 |                                          |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| Agência: 448 - 0                             |                                          |                 |                      |                    |            |
| Salário Base                                 | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                     | 1.543,55                                 | 1.543,55        | 123,48               | 1.420,07           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.282,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA MAIARA POSSENTI, na conta 16.147, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e duzentos e oitenta e dois reais e sessenta e dois centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



|                                             |                                          |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                          | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                          | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                      | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2129                                        | MARCIA MAIARA POSSENTI<br>AUX. ADMINIST. | 411005               | 800          | 1             |  |
|                                             |                                          | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|--------|-------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 8781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 1.194,55                    |                           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 199,60                      |                           |
| 998    | I.N.S.S.          | 8,00       |                             | 111,53                    |
|        |                   |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|        |                   |            | 1.394,15                    | 111,53                    |
|        |                   |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.282,62                  |

|                         |                  |                  |             |                 |            |
|-------------------------|------------------|------------------|-------------|-----------------|------------|
| BANCO DO BRASIL 1       |                  | Agência: 448 - 0 |             |                 |            |
| conta corrente: 16147-0 |                  |                  |             |                 |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS  | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.194,55                | 1.394,15         | 1.394,15         | 111,53      | 1.282,62        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                          |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                          | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                          | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                      | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2129                                        | MARCIA MAIARA POSSENTI<br>AUX. ADMINIST. | 411005               | 800          | 1             |  |
|                                             |                                          | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|--------|-------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 8781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 1.194,55                    |                           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 199,60                      |                           |
| 998    | I.N.S.S.          | 8,00       |                             | 111,53                    |
|        |                   |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|        |                   |            | 1.394,15                    | 111,53                    |
|        |                   |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.282,62                  |

|                         |                  |                  |             |                 |            |
|-------------------------|------------------|------------------|-------------|-----------------|------------|
| BANCO DO BRASIL 1       |                  | Agência: 448 - 0 |             |                 |            |
| conta corrente: 16147-0 |                  |                  |             |                 |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS  | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.194,55                | 1.394,15         | 1.394,15         | 111,53      | 1.282,62        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo: Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.563,95 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MARIA JOSE CARDOSO, na conta 6.112, agência 6795 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e sessenta e três reais e noventa e cinco centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

Código 2151 Nome do Funcionário MARIA JOSE CARDOSO  
TEC. ENFERMAGEM

CBO 322205 Departamento 600 Filial 1  
Admissão: 04/10/2017

| Código                                      | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                        | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                                          | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                                         | ADICIONAL NOTURNO 40% | 64,00           | 156,39               |                    |            |
| 998                                         | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 135,99             |            |
|                                             |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                             |                       |                 | 1.699,94             | 135,99             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 6112-3 |                       |                 | Valor Líquido        | 1.563,95           |            |
| Agência: 6795 - 4                           |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base                                | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                    | 1.699,94              | 1.699,94        | 135,99               | 1.563,95           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

Código 2151 Nome do Funcionário MARIA JOSE CARDOSO  
TEC. ENFERMAGEM

CBO 322205 Departamento 600 Filial 1  
Admissão: 04/10/2017

| Código                                      | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                        | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                                          | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                                         | ADICIONAL NOTURNO 40% | 64,00           | 156,39               |                    |            |
| 998                                         | I.N.S.S.              | 8,00            |                      | 135,99             |            |
|                                             |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                             |                       |                 | 1.699,94             | 135,99             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 6112-3 |                       |                 | Valor Líquido        | 1.563,95           |            |
| Agência: 6795 - 4                           |                       |                 |                      |                    |            |
| Salário Base                                | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                                    | 1.699,94              | 1.699,94        | 135,99               | 1.563,95           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.494,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NAIRA LARISSA GUIMARAES F, na conta 19.417, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e quatrocentos e noventa e quatro reais e noventa e quatro centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

| Código | Nome do Funcionário                              | CSO       | Departamento | Filial |
|--------|--------------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2141   | NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE<br>FISIOTERAPEUTA | 223605    | 600          | 1      |
|        |                                                  | Admissão: | 04/10/2017   |        |

| Código                                                           | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|
| 8781                                                             | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 2.368,71             |                    |
| 8870                                                             | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 81,68                |                    |
| 16                                                               | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |
| 9230                                                             | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |
| 247                                                              | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 22,09           | 144,34               |                    |
| 998                                                              | I.N.S.S.                                 | 9,00            |                      | 251,48             |
| 999                                                              | IMPOSTO DE RENDA                         | 7,50            |                      | 47,91              |
|                                                                  |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                                                                  |                                          |                 | 2.794,33             | 299,39             |
|                                                                  |                                          |                 | Valor Líquido ➡      | 2.494,94           |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19417-4<br>Agência: 448 - 0 |                                          |                 |                      |                    |
| Salário Base                                                     | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    |
| 2.450,39                                                         | 2.794,33                                 | 2.794,33        | 223,54               | 2.542,85           |
|                                                                  |                                          |                 |                      | Faixa IRRF         |
|                                                                  |                                          |                 |                      | 7,50               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
Mensalista

Folha Mensal  
Junho de 2019

| Código | Nome do Funcionário                              | CSO       | Departamento | Filial |
|--------|--------------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2141   | NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE<br>FISIOTERAPEUTA | 223605    | 600          | 1      |
|        |                                                  | Admissão: | 04/10/2017   |        |

| Código                                       | Descrição                                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS                             | 29,00           | 2.368,71             |                    |            |
| 8870                                         | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 1,00            | 81,68                |                    |            |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00           | 192,95               |                    |            |
| 9230                                         | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00           | 6,65                 |                    |            |
| 247                                          | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 22,09           | 144,34               |                    |            |
| 998                                          | I.N.S.S.                                 | 9,00            |                      | 251,48             |            |
| 999                                          | IMPOSTO DE RENDA                         | 7,50            |                      | 47,91              |            |
|                                              |                                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                              |                                          |                 | 2.794,33             | 299,39             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19417-4 |                                          |                 | Valor Líquido ➡      | 2.494,94           |            |
|                                              |                                          |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base                                 | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 2.450,39                                     | 2.794,33                                 | 2.794,33        | 223,54               | 2.542,85           | 7,50       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA PAZINATO DA SILVA, na conta 26.458, agência 0373 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa, Custeio



|                                             |                           |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                           | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                           | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário       | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2721                                        | NATALIA PAZINATO DA SILVA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                           | Admissão:            |              | 25/01/2019    |  |

| Código                                                             | Descrição               | Referência             | Vencimentos                 | Descontos                 |                   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|
| 8781                                                               | DIAS NORMAIS            | 30,00                  | 1.343,95                    |                           |                   |
| 16                                                                 | INSALUBRIDADE 20%       | 20,00                  | 199,60                      |                           |                   |
| 998                                                                | I.N.S.S.                | 8,00                   |                             | 123,48                    |                   |
|                                                                    |                         |                        | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                   |
|                                                                    |                         |                        | 1.543,55                    | 123,48                    |                   |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 26458-X      Agência: 373 - 5 |                         |                        | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.420,07                  |                   |
|                                                                    |                         |                        |                             |                           |                   |
| <b>Salário Base</b>                                                | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Calc. FGTS</b> | <b>FGTS do Mês</b>          | <b>Base Calc. IRRF</b>    | <b>Faixa IRRF</b> |
| 1.343,95                                                           | 1.543,55                | 1.543,55               | 123,48                      | 1.420,07                  | 0,00              |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                           |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                           | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                           | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário       | CBO                  | Departamento | Fórmula       |  |
| 2721                                        | NATALIA PAZINATO DA SILVA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                           | Admissão:            |              | 25/01/2019    |  |

| Código                                                             | Descrição               | Referência             | Vencimentos                 | Descontos                 |                   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|
| 8781                                                               | DIAS NORMAIS            | 30,00                  | 1.343,95                    |                           |                   |
| 16                                                                 | INSALUBRIDADE 20%       | 20,00                  | 199,60                      |                           |                   |
| 998                                                                | I.N.S.S.                | 8,00                   |                             | 123,48                    |                   |
|                                                                    |                         |                        | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                   |
|                                                                    |                         |                        | 1.543,55                    | 123,48                    |                   |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 26458-X      Agência: 373 - 5 |                         |                        | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.420,07                  |                   |
|                                                                    |                         |                        |                             |                           |                   |
| <b>Salário Base</b>                                                | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Calc. FGTS</b> | <b>FGTS do Mês</b>          | <b>Base Calc. IRRF</b>    | <b>Faixa IRRF</b> |
| 1.343,95                                                           | 1.543,55                | 1.543,55               | 123,48                      | 1.420,07                  | 0,00              |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.550,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA XAVIER NASCIMENTO, na conta 19.553, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e cinquenta reais e nove centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090198 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

|                                             |                                    |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                    | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                    | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2154                                        | NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA | 223505               | 600          | 1             |  |
|                                             | ENFERMEIRO (A)                     | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                                                             | Descrição             | Referência              | Vencimentos                 | Descontos                 |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| 8781                                                                               | DIAS NORMAIS          | 30,00                   | 2.450,39                    |                           |                        |
| 250                                                                                | REFLEXO EXTRAS DSR    | 0,00                    | 39,75                       |                           |                        |
| 150                                                                                | HORAS EXTRAS          | 11,00                   | 198,75                      |                           |                        |
| 16                                                                                 | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00                   | 199,60                      |                           |                        |
| 247                                                                                | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,00                    | 35,64                       |                           |                        |
| 998                                                                                | I.N.S.S.              | 11,00                   |                             | 321,65                    |                        |
| 999                                                                                | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50                    |                             | 52,39                     |                        |
|                                                                                    |                       |                         | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                        |
|                                                                                    |                       |                         | 2.924,13                    | 374,04                    |                        |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19553-7                      Agência: 448 - 0 |                       |                         | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 2.550,09                  |                        |
|                                                                                    |                       |                         |                             |                           |                        |
| <b>Salário Base</b>                                                                |                       | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Calc. FGTS</b>      | <b>FGTS do Mês</b>        | <b>Base Calc. IRRF</b> |
| 2.450,39                                                                           |                       | 2.924,13                | 2.924,13                    | 233,93                    | 2.602,48               |
|                                                                                    |                       |                         |                             |                           | <b>Faixa IRRF</b>      |
|                                                                                    |                       |                         |                             |                           | 7,50                   |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                    |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                    | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                    | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                | CBO                  | Departamento | Folha         |  |
| 2154                                        | NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA | 223505               | 600          | 1             |  |
|                                             | ENFERMEIRO (A)                     | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                                                             | Descrição             | Referência              | Vencimentos                 | Descontos                 |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|------------------------|
| 8781                                                                               | DIAS NORMAIS          | 30,00                   | 2.450,39                    |                           |                        |
| 250                                                                                | REFLEXO EXTRAS DSR    | 0,00                    | 39,75                       |                           |                        |
| 150                                                                                | HORAS EXTRAS          | 11,00                   | 198,75                      |                           |                        |
| 16                                                                                 | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00                   | 199,60                      |                           |                        |
| 247                                                                                | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,00                    | 35,64                       |                           |                        |
| 998                                                                                | I.N.S.S.              | 11,00                   |                             | 321,65                    |                        |
| 999                                                                                | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50                    |                             | 52,39                     |                        |
|                                                                                    |                       |                         | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |                        |
|                                                                                    |                       |                         | 2.924,13                    | 374,04                    |                        |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19553-7                      Agência: 448 - 0 |                       |                         | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 2.550,09                  |                        |
|                                                                                    |                       |                         |                             |                           |                        |
| <b>Salário Base</b>                                                                |                       | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Calc. FGTS</b>      | <b>FGTS do Mês</b>        | <b>Base Calc. IRRF</b> |
| 2.450,39                                                                           |                       | 2.924,13                | 2.924,13                    | 233,93                    | 2.602,48               |
|                                                                                    |                       |                         |                             |                           | <b>Faixa IRRF</b>      |
|                                                                                    |                       |                         |                             |                           | 7,50                   |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA ADRIANA FERREIRA, na conta 19.428, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e trinta e cinco reais e oitenta e nove centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                           |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                           | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                           | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário       | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2153                                        | PATRICIA ADRIANA FERREIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                           | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência     | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00          | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00          | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00         | 254,13               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00           |                      | 161,79             |            |
|                         |                       |                | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                | 1.797,68             | 161,79             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                | Valor Líquido        | 1.635,89           |            |
| conta corrente: 19428-X |                       |                | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês          | Base Cál. IRRF     | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.797,68              | 1.797,68       | 143,81               | 1.635,89           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                           |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                           | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                           | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário       | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2153                                        | PATRICIA ADRIANA FERREIRA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                           | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência     | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00          | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00          | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00         | 254,13               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00           |                      | 161,79             |            |
|                         |                       |                | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                | 1.797,68             | 161,79             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                | Valor Líquido        | 1.635,89           |            |
| conta corrente: 19428-X |                       |                | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês          | Base Cál. IRRF     | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.797,68              | 1.797,68       | 143,81               | 1.635,89           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. José de Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA MICHELE DE ALMEI, na conta 7.812, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte reais e sete centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Geraldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Despesa. Custeio



|                                             |                             |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                             | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                             | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário         | CBO                  | Departamento | Fóil          |  |
| 2164                                        | PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                             | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                 | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                        |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 7812-3 |                   |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0       |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95               | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.230,48           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                             |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                             | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                             | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário         | CBO                  | Departamento | Fóil          |  |
| 2164                                        | PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                             | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                 | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                   | DIAS NORMAIS      | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 998                    | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 123,48             |            |
|                        |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                        |                   |                 | 1.543,55             | 123,48             |            |
| BANCO DO BRASIL 1      |                   |                 | Valor Líquido        | 1.420,07           |            |
| conta corrente: 7812-3 |                   |                 |                      |                    |            |
| Agência: 448 - 0       |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95               | 1.543,55          | 1.543,55        | 123,48               | 1.230,48           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.452,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a REGINA LEIA PARRO RODRIGU, na conta 19.429, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e cinqüenta e dois reais e vinte e oito centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                                      |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                      | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                      | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                  | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2128                                        | REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                                      | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                       | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |                 |
|----------------------------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.145,66             | 126,28             |                 |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60               |                    |                 |
| 247                                          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00           | 233,30               |                    |                 |
| 998                                          | I.N.S.S.              | 8,00             |                      |                    |                 |
|                                              |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |                 |
|                                              |                       |                  | 1.578,56             | 126,28             |                 |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19429-8 |                       |                  | Agência: 448 - 0     | Valor Líquido ➡    | 1.452,28        |
| Salário Base                                 |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS      | FGTS do Mês        | Base Calc. IRRF |
| 1.145,66                                     |                       | 1.578,56         | 1.578,56             | 126,28             | 1.262,69        |
|                                              |                       |                  |                      |                    | Faixa IRRF      |
|                                              |                       |                  |                      |                    | 0,00            |

\*\*\* PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                      |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                      | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                      | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário                  | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2128                                        | REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA | 411005               | 700          | 1             |  |
| AUX. ADM. FARMACIA                          |                                      | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                                       | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |                 |
|----------------------------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|-----------------|
| 8781                                         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.145,66             | 126,28             |                 |
| 16                                           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 199,60               |                    |                 |
| 247                                          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00           | 233,30               |                    |                 |
| 998                                          | I.N.S.S.              | 8,00             |                      |                    |                 |
|                                              |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |                 |
|                                              |                       |                  | 1.578,56             | 126,28             |                 |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 19429-8 |                       |                  | Agência: 448 - 0     | Valor Líquido ➡    | 1.452,28        |
| Salário Base                                 |                       | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS      | FGTS do Mês        | Base Calc. IRRF |
| 1.145,66                                     |                       | 1.578,56         | 1.578,56             | 126,28             | 1.262,69        |
|                                              |                       |                  |                      |                    | Faixa IRRF      |
|                                              |                       |                  |                      |                    | 0,00            |

\*\*\* PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

## Aviso de lançamento

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 1.653,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a RICARDO DE CARVALHO, na conta 19.423, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e cinquenta e três reais e sessenta e oito centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

|                                             |                     |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                     | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                     | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2157                                        | RICARDO DE CARVALHO | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                     | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00          | 273,68               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 163,55             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.817,23             | 163,55             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.653,68           |            |
| conta corrente: 19423-9 |                       |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.817,23              | 1.817,23        | 145,37               | 1.653,68           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                     |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                     | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                     | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2157                                        | RICARDO DE CARVALHO | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                     | Admissão:            |              | 04/10/2017    |  |

| Código                  | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 1.343,95             |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00          | 273,68               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 163,55             |            |
|                         |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                       |                 | 1.817,23             | 163,55             |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                 | Valor Líquido        | 1.653,68           |            |
| conta corrente: 19423-9 |                       |                 | Agência: 448 - 0     |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,95                | 1.817,23              | 1.817,23        | 145,37               | 1.653,68           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 3.831,73 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a THAIS BOARETO DA SILVA, na conta 197.087, agência 6921 do banco 001.

(Três mil e oitocentos e trinta e um reais e setenta e três centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista Folha Mensal Junho de 2019

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
33 THAIS BOARETO DA SILVA 223525 600 1  
ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Admissão: 15/09/2014

| Código | Descrição                  | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|----------------------------|------------|-------------|-----------|
| 294    | PARCELA DIFERENCA DISSIDIO | 185,02     | 185,02      |           |
| 8781   | DIAS NORMAIS               | 30,00      | 2.775,83    |           |
| 245    | AJUDA DE CUSTO             | 277,58     | 277,58      |           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20%          | 20,00      | 199,60      |           |
| 247    | ADICIONAL NOTURNO 40%      | 1,38       | 8,51        |           |
| 27     | ADICIONAL RT               | 1.061,58   | 1.061,58    |           |
| 998    | I.N.S.S.                   | 11,00      |             | 465,35    |
| 999    | IMPOSTO DE RENDA           | 22,50      |             | 211,04    |

|                                                                 |  |  |                      |                    |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|----------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3 |  |  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                                                                 |  |  | 4.508,12             | 676,39             |
|                                                                 |  |  | Valor Líquido ➡      | 3.831,73           |

|              |                  |                 |             |                 |            |
|--------------|------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 2.775,83     | 4.230,54         | 4.230,54        | 338,44      | 3.765,19        | 22,50      |

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 26 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista Folha Mensal Junho de 2019

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
33 THAIS BOARETO DA SILVA 223525 600 1  
ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Admissão: 15/09/2014

| Código | Descrição                  | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|----------------------------|------------|-------------|-----------|
| 294    | PARCELA DIFERENCA DISSIDIO | 185,02     | 185,02      |           |
| 8781   | DIAS NORMAIS               | 30,00      | 2.775,83    |           |
| 245    | AJUDA DE CUSTO             | 277,58     | 277,58      |           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20%          | 20,00      | 199,60      |           |
| 247    | ADICIONAL NOTURNO 40%      | 1,38       | 8,51        |           |
| 27     | ADICIONAL RT               | 1.061,58   | 1.061,58    |           |
| 998    | I.N.S.S.                   | 11,00      |             | 465,35    |
| 999    | IMPOSTO DE RENDA           | 22,50      |             | 211,04    |

|                                                                 |  |  |                      |                    |
|-----------------------------------------------------------------|--|--|----------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3 |  |  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                                                                 |  |  | 4.508,12             | 676,39             |
|                                                                 |  |  | Valor Líquido ➡      | 3.831,73           |

|              |                  |                 |             |                 |            |
|--------------|------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 2.775,83     | 4.230,54         | 4.230,54        | 338,44      | 3.765,19        | 22,50      |

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 26 DE JULHO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 946,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a VALERIA CRISTINA DE SOUZA, na conta 19.514, agência 0448 do banco 001.

(Novecentos e quarenta e seis reais e setenta e dois centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                             |                                   |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                   | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                   | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário               | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2799                                        | VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                   | Admissão:            |              | 11/06/2019    |  |

| Código                  | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS      | 20,00           | 895,97               |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 133,07               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 82,32              |            |
|                         |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                   |                 | 1.029,04             | 82,32              |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                 | Valor Líquido        | 946,72             |            |
| conta corrente: 19514-6 |                   |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,96                | 1.029,04          | 1.029,04        | 82,32                | 567,54             | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

|                                             |                                   |                      |              |               |  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------|---------------|--|
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                   | CC: UTI MIRANDOPOLIS |              | Folha Mensal  |  |
| CNPJ: 45.349.461/0008-89                    |                                   | Mensalista           |              | Junho de 2019 |  |
| Código                                      | Nome do Funcionário               | CBO                  | Departamento | Filial        |  |
| 2799                                        | VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ | 322205               | 600          | 1             |  |
| TEC. ENFERMAGEM                             |                                   | Admissão:            |              | 11/06/2019    |  |

| Código                  | Descrição         | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|-------------------------|-------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                    | DIAS NORMAIS      | 20,00           | 895,97               |                    |            |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00           | 133,07               |                    |            |
| 998                     | I.N.S.S.          | 8,00            |                      | 82,32              |            |
|                         |                   |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                         |                   |                 | 1.029,04             | 82,32              |            |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                 | Valor Líquido        | 946,72             |            |
| conta corrente: 19514-6 |                   |                 | ⇒                    |                    |            |
| Agência: 448 - 0        |                   |                 |                      |                    |            |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês          | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 1.343,96                | 1.029,04          | 1.029,04        | 82,32                | 567,54             | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090198 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.832,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a VIVIANE LIE YOKOYAMA, na conta 17.558, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e oitocentos e trinta e dois reais e cinquenta e oito centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS  
 Mensalista Folha Mensal  
 Junho de 2019

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 2140 VIVIANE LIE YOKOYAMA 223605 600 1  
 FISIOTERAPEUTA Admissão: 04/10/2017

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-------------------|------------|-------------|-----------|
| 8781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 2.450,39    |           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 199,60      |           |
| 27     | ADICIONAL RT      | 600,00     | 600,00      |           |
| 998    | I.N.S.S.          | 11,00      |             | 357,49    |
| 999    | IMPOSTO DE RENDA  | 7,50       |             | 59,92     |

|                                                               |  |  |                      |                    |
|---------------------------------------------------------------|--|--|----------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 17558-7 Agência: 448 - 0 |  |  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                                                               |  |  | 3.249,99             | 417,41             |
|                                                               |  |  | Valor Líquido ➡      | 2.832,58           |

Salário Base 2.450,39 Sal. Contr. INSS 3.249,99 Base Calc. FGTS 3.249,99 F.G.T.S do Mês 259,99 Base Calc. IRRF 2.702,91 Faixa IRRF 7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS  
 Mensalista Folha Mensal  
 Junho de 2019

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial  
 2140 VIVIANE LIE YOKOYAMA 223605 600 1  
 FISIOTERAPEUTA Admissão: 04/10/2017

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-------------------|------------|-------------|-----------|
| 8781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 2.450,39    |           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 199,60      |           |
| 27     | ADICIONAL RT      | 600,00     | 600,00      |           |
| 998    | I.N.S.S.          | 11,00      |             | 357,49    |
| 999    | IMPOSTO DE RENDA  | 7,50       |             | 59,92     |

|                                                               |  |  |                      |                    |
|---------------------------------------------------------------|--|--|----------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta corrente: 17558-7 Agência: 448 - 0 |  |  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                                                               |  |  | 3.249,99             | 417,41             |
|                                                               |  |  | Valor Líquido ➡      | 2.832,58           |

Salário Base 2.450,39 Sal. Contr. INSS 3.249,99 Base Calc. FGTS 3.249,99 F.G.T.S do Mês 259,99 Base Calc. IRRF 2.702,91 Faixa IRRF 7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio



## Aviso de lançamento

G337211455726606472  
21/08/2019 15:14:15

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 05/07/2019 Valor R\$ 2.594,82 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 26, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a WILLIAN SOUZA SALADINI, na conta 87.139, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e noventa e quatro reais e oitenta e dois centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 21/08/2019 15:14:15

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



## ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Junho de 2019

| Código | Nome do Funcionário                      | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2421   | WILLIAN SOUZA SALADINI<br>FISIOTERAPEUTA | 223605    | 600          | 1      |
|        |                                          | Admissão: | 02/05/2018   |        |

| Código | Descrição             | Referência | Vencimentos | Descontos |
|--------|-----------------------|------------|-------------|-----------|
| 8781   | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 2.450,39    |           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 199,60      |           |
| 247    | ADICIONAL NOTURNO 40% | 40,25      | 263,01      |           |
| 998    | I.N.S.S.              | 9,00       |             | 262,17    |
| 999    | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50       |             | 56,01     |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            |             |           |
|        |                       |            | </          |           |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

## ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Junho de 2019

| Código | Nome do Funcionário                      | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2421   | WILLIAN SOUZA SALADINI<br>FISIOTERAPEUTA | 223605    | 600          | 1      |
|        |                                          | Admissão: | 02/05/2018   |        |

| Código                                      | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|---------------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 8781                                        | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 2.450,39             |                    |            |
| 16                                          | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 199,60               |                    |            |
| 247                                         | ADICIONAL NOTURNO 40% | 40,25           | 263,01               |                    |            |
| 998                                         | I.N.S.S.              | 9,00            |                      | 262,17             |            |
| 999                                         | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50            |                      | 56,01              |            |
|                                             |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                             |                       |                 | 2.913,00             | 318,18             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>conta salário: 87139-7 |                       |                 | Agência: 0295 - X    | Valor Líquido ➡    |            |
|                                             |                       |                 |                      | 2.594,82           |            |
| Salário Base                                | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    | Faixa IRRF |
| 2.450,39                                    | 2.913,00              | 2.913,00        | 233,04               | 2.650,83           | 7,50       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.07  
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                     |                      |                  |
|---------------------|----------------------|------------------|
| Convenio            | FGTS ARRECADACAO GRF |                  |
| Codigo de Barras    | 85820000067-8        | 71730179190-1    |
|                     | 70763005084-0        | 53494610008-6    |
| Data do pagamento   |                      | 05/07/2019       |
| CNPJ/CEI/CPF        |                      | 45349461/0008-89 |
| COMPETENCIA         |                      | 06/2019          |
| CODIGO RECOLHIMENTO |                      | 115              |
| VENCIMENTO          |                      | 07/07/2019       |
| VALOR DEPOSITO      |                      | 6.771,73         |
| Valor Total         |                      | 6.771,73         |

-----

DOCUMENTO: 070501  
AUTENTICACAO SISBB: 8.64D.C0A.81C.9E3.DBA

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 080196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

Mia



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 05/07/2019 - 10:30:24

|                                                                  |                                |                                              |                             |                                    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA |                                |                                              |                             | 02-DDD/TELEFONE<br>(0011) 39056104 |
| 03-FPAS<br>639                                                   | 04-SIMPLES<br>1                | 05-REMUNERAÇÃO<br>84.646,69                  | 06-QTDE TRABALHADORES<br>41 | 07-ALÍQUOTA FGTS<br>8              |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO<br>115                                       | 09-ID RECOLHIMENTO<br>017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 )<br>45.349.461/0008-89 | 11-COMPETÊNCIA<br>06/2019   | 12-DATA DE VALIDADE<br>07/07/2019  |

|                                          |                     |                                 |
|------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL<br>6.771,73 | 14-ENCARGOS<br>0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER<br>6.771,73 |
|------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/07/2019\*\*

858200000678 717301791901 707630050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS  
GERADA EM 05/07/2019 - 10:30:24

|                                                                  |                                |                                              |                             |                                    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 01-RAZÃO SOCIAL/NOME<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA |                                |                                              |                             | 02-DDD/TELEFONE<br>(0011) 39056104 |
| 03-FPAS<br>639                                                   | 04-SIMPLES<br>1                | 05-REMUNERAÇÃO<br>84.646,69                  | 06-QTDE TRABALHADORES<br>41 | 07-ALÍQUOTA FGTS<br>8              |
| 08-CÓD RECOLHIMENTO<br>115                                       | 09-ID RECOLHIMENTO<br>017980-9 | 10-INSCRIÇÃO/TIPO( 8 )<br>45.349.461/0008-89 | 11-COMPETÊNCIA<br>06/2019   | 12-DATA DE VALIDADE<br>07/07/2019  |

|                                          |                     |                                 |
|------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL<br>6.771,73 | 14-ENCARGOS<br>0,00 | 15-TOTAL A RECOLHER<br>6.771,73 |
|------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|

\*\*VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/07/2019\*\*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

858200000678 717301791901 707630050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



05/07/2019  
211



08/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:07:23  
679006790 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 08/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 550.448.000.019.418 |
| VALOR TOTAL           | 9.292,64            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATA MONTI FORNAZARI  
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 19.418-2  
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | C.88F.DC2.0E0.650.73D |
|------------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

## TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

## IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

|                                                                                   |             |                                                                     |                      |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|
| 01 CNPJ/CEI<br>45.349.461/0008-89                                                 |             | 02 Razão Social/Nome<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                      |                          |
| 03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)<br>Avenida PAULO DE BARROS , 326 |             |                                                                     |                      | 04 Bairro<br>CENTRO      |
| 05 Município<br>MIRANDOPOLIS                                                      | 06 UF<br>SP | 07 CEP<br>17.230-000                                                | 08 CNAE<br>8610-1/02 | 09 CNPJ/CEI Tomador/Obra |

08/07

Maria

## IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

|                                                                           |  |                                           |                      |                                               |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
| 10 PIS/PASEP<br>142.08088.22-9                                            |  | 11 Nome<br>RENATA MONTI FORNAZARI         |                      |                                               |                          |
| 12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)<br>Rua RUA BARBOSA , 160 |  |                                           |                      |                                               | 13 Bairro<br>SAMPAIO     |
| 14 Município<br>MIRANDOPOLIS                                              |  | 15 UF<br>SP                               | 16 CEP<br>16.800-000 | 17 CTPS (nº, série, UF)<br>06556 - 00435 / SP | 18 CPF<br>293.198.538-43 |
| 19 Data de Nascimento<br>19/03/1977                                       |  | 20 Nome da Mãe<br>SHIRLEI MONTI FORNAZARI |                      |                                               |                          |

### DADOS DO CONTRATO

|                                                                        |                                                                                                                                                    |                                               |                                      |                            |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| 21 Tipo de Contrato<br>1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado |                                                                                                                                                    |                                               |                                      |                            |
| 22 Causa do Afastamento<br>Despedida sem justa causa, pelo empregador  |                                                                                                                                                    |                                               |                                      |                            |
| 23 Remuneração Mês Ant.<br>2.649,99                                    | 24 Data de Admissão<br>04/10/2017                                                                                                                  | 25 Data do Aviso Prévio<br>27/06/2019         | 26 Data de Afastamento<br>27/06/2019 | 27 Cod. Afastamento<br>SJ2 |
| 28 Pensão Alim. (%) TRCT<br>0,00                                       | 29 Pensão Alim. (%) FGTS<br>0,00                                                                                                                   | 30 Categoria do Trabalhador<br>01 - Empregado |                                      |                            |
| 31 Código Sindical<br>000.021.150.01669-0                              | 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral<br>51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM<br>ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA |                                               |                                      |                            |

## DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

**VERBAS RESCISÓRIAS**

| Rubrica                                                 | Valor        | Rubrica                                  | Valor        | Rubrica                                   | Valor                |
|---------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|----------------------|
| 50 Saldo de 27/dias Salário (Líquido de 0/faltas e DSR) | R\$ 2.205,35 | 51 Comissões                             | R\$ 0,00     | 52 Gratificação                           | R\$ 0,00             |
| 53 Adic. de Insalubridade 20%                           | R\$ 179,64   | 54 Adic. de Periculosidade %             | R\$ 0,00     | 55 Adic. Noturno 8,00 horas 40%           | R\$ 35,64            |
| 56.1 Horas Extras 12,15 horas a 50%                     | R\$ 219,53   | 57 Gorjetas                              | R\$ 0,00     | 58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)      | R\$ 0,00             |
| 59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável                | R\$ 38,18    | 60 Multa Art. 477 § 8º/CLT               | R\$ 0,00     | 61 Multa Art. 479/CLT                     | R\$ 0,00             |
| 62 Salário-Família                                      | R\$ 0,00     | 63 13º Salário Proporcional 6/12 avos    | R\$ 1.348,44 | 64.1 13º Salário-Exerc. ____ - __/12 avos | R\$ 0,00             |
| 65 Férias Proporc 9/12 avos                             | R\$ 2.009,47 | 66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /  | R\$ 0,00     | 68 Terço Constituc. de Férias             | R\$ 744,25           |
| 69 - Aviso-Prévio Indenizado 33/dias                    | R\$ 3.011,89 | 70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado) | R\$ 224,74   | 71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)       | R\$ 223,28           |
|                                                         |              |                                          |              |                                           |                      |
|                                                         |              |                                          |              |                                           |                      |
|                                                         |              |                                          |              |                                           |                      |
|                                                         |              | 99 Ajuste de Saldo Devedor               | R\$ 0,00     | <b>TOTAL BRUTO</b>                        | <b>R\$ 10.240,41</b> |

### DEDUÇÕES

| <b>Desconto</b>                      | <b>Valor</b> | <b>Desconto</b>                                                                                                                                                                                            | <b>Valor</b> | <b>Desconto</b>                             | <b>Valor</b>        |
|--------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------|---------------------|
| 100 Pensão Alimentícia               | R\$ 0,00     | 101 Adiantamento Salarial                                                                                                                                                                                  | R\$ 0,00     | 102 Adiantamento 13º Salário                | R\$ 0,00            |
| 103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias | R\$ 0,00     | 112.1 Previdência Social                                                                                                                                                                                   | R\$ 625,92   | 112.2 Prev. Social - 13º Salário            | R\$ 125,85          |
| 114.1 IRRF                           | R\$ 0,00     | 114.2 IRRF sobre 13º Salário                                                                                                                                                                               | R\$ 0,00     | 115.1 Outros Descontos (DESC VALE REFEIÇÃO) | R\$ 196,00          |
|                                      |              |                                                                                                                                                                                                            |              |                                             |                     |
|                                      |              |                                                                                                                                                                                                            |              |                                             |                     |
|                                      |              |                                                                                                                                                                                                            |              |                                             |                     |
|                                      |              | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2019<br>Fonte de Recurso Estadual<br><del>Secretaria de Estado da Saúde</del><br>UGE 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr Oswaldo Brandt Faria" de Marandópolis |              | <b>TOTAL DEDUÇÕES</b>                       | <b>R\$ 947,77</b>   |
|                                      |              |                                                                                                                                                                                                            |              | <b>VALOR LÍQUIDO</b>                        | <b>R\$ 9.292,64</b> |

118  
7080



# TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

|                                                                       |                                       |                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>EMPREGADOR</b>                                                     |                                       |                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| 01 CNPJ/CEI<br>45.349.461/0008-89                                     |                                       | 02 Razão Social/Nome<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                                                                             |                                           |                                  |
| <b>TRABALHADOR</b>                                                    |                                       |                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| 10 PIS/PASEP<br>142.08088.22-9                                        |                                       | 11 Nome<br>RENATA MONTI FORNAZARI                                                                                                               |                                           |                                  |
| 17 CTPS (nº, série, UF)<br>06556 - 00435 / SP                         | 18 CPF<br>293.198.538-43              | 19 Data de Nascimento<br>19/03/1977                                                                                                             | 20 Nome da Mãe<br>SHIRLEI MONTI FORNAZARI |                                  |
| <b>CONTRATO</b>                                                       |                                       |                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| 22 Causa do Afastamento<br>Despedida sem justa causa, pelo empregador |                                       |                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| 24 Data de Admissão<br>04/10/2017                                     | 25 Data do Aviso Prévio<br>27/06/2019 | 26 Data de Afastamento<br>27/06/2019                                                                                                            | 27 Cod. Afastamento<br>SJ2                | 29 Pensão Alim. (%) FGTS<br>0,00 |
| 30 Categoria do Trabalhador<br>01 - Empregado                         |                                       |                                                                                                                                                 |                                           |                                  |
| 31 Código Sindical<br>000.021.150.01669-0                             |                                       | 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral<br>51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA |                                           |                                  |

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ \_\_\_\_\_, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa, Custeio

156 Informações à CAIXA:

**A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.**

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23790601029916200000664000107702179430000068000

BENEFICIARIO:

BIOMEDICAL

NOME FANTASIA:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 70.801

DATA DE VENCIMENTO 07/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 680,00

VALOR COBRADO 680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.533.4E2.761.3CB.E0A

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                                                                                                   |                                         |                                                       |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC |                                         | VALOR NOTA<br>R\$ 680,00                              | NF-e<br>Nº: 000.108.987<br>SÉRIE : 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO<br>/ /                                                                                        | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DESTINATÁRIO<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL |                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA</b><br>Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP<br>CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555<br>www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b><br>Nº 000.108.987<br>SÉRIE : 1<br>FOLHA: 1 de 1 | <br>CHAVE DE ACESSO<br>3519 0651 9436 4500 0107 5500 1000 1089 8710 0464 0320<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Defez Autorizadora |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>VENDA PRODUCAO PROPRIA</b>                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135190408560866 - 07/06/2019 13:20:51                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>110883564111                                                                                                                                                                                                                                                                  | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA                                                                                                             | CNPJ<br>51.943.645/0001-07                                                                                                                                                                                                                                                                |

#### DESTINATÁRIO/REMETENTE

|                                                            |                                  |                                |                                                 |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| NOME RAZÃO SOCIAL<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL |                                  | CNPJ/CPF<br>45.349.461/0001-02 | DATA DA EMISSÃO<br>07/06/2019                   |
| ENDEREÇO<br>AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303                  | BAIRRO/DISTRITO<br>JARDIM ARIANO | CEP<br>16400-400               | DATA DE SAÍDA-ENTRADA<br>07/06/2019             |
| MUNICÍPIO<br>LINS                                          | FONE/FAX<br>(14) 3541-1544       | UF<br>SP                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DE SAÍDA<br>13:19:56 |

#### FATURA

| Número | Data Vcto  | Valor  |
|--------|------------|--------|
| 001    | 07/07/2019 | 680,00 |

#### CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                 |                         |                                 |                                     |                                    |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>680,00 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00  | VALOR DO IPI<br>0,00               |
|                                 |                         |                                 | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS<br>110,16 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>680,00      |

#### TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                    |                             |             |                              |                     |                                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL<br>PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA. | FRETE POR CONTA<br>0 - Rem. | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO             | UF                  | CNPJ/CPF<br>57.185.621/0001-04 |
| ENDEREÇO<br>AV. PERI RONCHIETTI, 765               | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO      | UF<br>SP    | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |                     |                                |
| QUANTIDADE<br>1                                    | ESPECIE<br>VOLUME           | MARCA       | NUMERAÇÃO                    | PESO BRUTO<br>0,980 | PESO LÍQUIDO<br>0,700          |

#### DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                                                                                                                     | NCM SH   | CST  | CFOP | UNID. | QUANT.  | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CÁLC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS |      | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|-------|---------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|-----------|------|---------------------------|
|            |                                                                                                                                                                                  |          |      |      |       |         |                |             |              |            |           | ICMS      | IPI  |                           |
| C7D20BN    | Cateter para Subclavia D-L CVC 7Fr x 20cm com acessórios BN R O P.M 0702040150<br>L 33225 QT- 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12. No FCI 1617 C2BF-9667-45A7-82AB-EA8D1EC63C87 | 90183929 | 5 40 | 5101 | UN    | 10,0000 | 68,000000      | 680,00      | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 110,16                    |

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
 RECEBIDO 10/06/19  
 ASS. *lamv*

#### CÁLCULO DO ISSQN

|                                 |                                  |                                  |                        |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL<br>85215163 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS<br>0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN<br>0,00 | VALOR DO ISSQN<br>0,00 |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|

#### DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>ISSQN PEDIDO: 91117 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20) Estado: R\$ 81,60 (12,00) IPI: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO 01 TAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELA CONVENIO ICMS N 49 DE 26/04/2017. | RESERVADO AO FISCO<br>Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2019<br>Fonte de Recurso Estadual<br>Secretaria de Estado da Saúde<br>UGE 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo Despesa Custeio |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.07  
6790306790 SEGUNDA VIA 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                    |                   |               |
|--------------------|-------------------|---------------|
| Convenio           | FGTS ARREC GRRF   |               |
| Codigo de Barras   | 85830000034-3     | 40850239201-1 |
|                    | 90708184934-0     | 10553494612-4 |
| Data do pagamento  |                   | 08/07/2019    |
| Identificador      | 18493410553494612 |               |
| Data de vencimento |                   | 08/07/2019    |
| Valor Total        |                   | 3.440,85      |

-----

DOCUMENTO: 070802  
AUTENTICACAO SISBB: C.E79.C5F.B1C.149.BCD

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



|                                                                           |                                |                                          |                              |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| 01 - Razão social/Nome<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA        |                                | 02 - CNPJ/CEI<br>45.349.461/0008-89      |                              |
| 03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)<br>PAULO DE BARROS 326 |                                | 04 - Contato/DDD/telefone<br>11-39056104 | 05 - CEP<br>17.230-000       |
| 06 - Bairro/distrito<br>CENTRO                                            | 07 - Município<br>MIRANDOPOLIS | 08 - UF<br>SP                            | 09 - FPAS<br>639             |
|                                                                           |                                | 10 - Simples<br>1                        | 14 - Qtde Trabalhadores<br>1 |
| 11- Identificador<br>18493410553494612                                    |                                | 12- Total a Recolher<br>3.440,85         |                              |
| 13- Data de Validade = 08/07/2019                                         |                                |                                          |                              |

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858300000343 408502392011 907081849340 105534946124

Autenticação mecânica

Via Empresa

|                                                                           |                                |                                          |                              |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| 01 - Razão social/Nome<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA        |                                | 02 - CNPJ/CEI<br>45.349.461/0008-89      |                              |
| 03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento)<br>PAULO DE BARROS 326 |                                | 04 - Contato/DDD/telefone<br>11-39056104 | 05 - CEP<br>17.230-000       |
| 06 - Bairro/Distrito<br>CENTRO                                            | 07 - Município<br>MIRANDOPOLIS | 08 - UF<br>SP                            | 09 - FPAS<br>639             |
|                                                                           |                                | 10 - Simples<br>1                        | 14 - Qtde Trabalhadores<br>1 |
| 11- Identificador<br>18493410553494612                                    |                                | 12- Total a Recolher<br>3.440,85         |                              |
| 13- Data de Validade = 08/07/2019                                         |                                |                                          |                              |

**Atenção: não receber após Validade**

Código de Barras

858300000343 408502392011 907081849340 105534946124

Autenticação mecânica

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Via Banco



08/07/19  
211

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090171153600100719766172379450000052631

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0004-91

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 71.001

NOSSO NUMERO 17115360000719766

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 09/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 10/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 526,31

VALOR COBRADO 526,31

=====

NR.AUTENTICACAO 2.384.588.B14.D0D.094

Identificação do emitente

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

Rioclareense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PRAÇA EMÍLIO MARCONATO N 1000 GALPÃO G22 - NÚCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOÃO  
ALDO NASSIF - JAGUARIJUNA - SP  
CEP 13916-074 - 1935225800 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 1168482 FL 1 / 1  
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0667 7291 7800 0491 5500 1001 1684 8216 0185 1650

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

135190418207636 11/06/2019 18:22:27

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/06/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

11/06/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR  | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|----------------|------------|--------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 1168482/1      | 09/07/2019 | 526,31 |                |            |       |                |            |       |

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                            |                          |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 526,31                  | 94,74           | 0,00                       | 0,00                     | 526,31                   |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | VALOR DO DESCONTO          | OUTRAS DESPESAS          | VALOR DO IPI             |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                       | 0,00                     | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                          | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                            |                          | 526,31                   |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                 |                           |             |                  |            |                    |
|---------------------------------|---------------------------|-------------|------------------|------------|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL             | FRETE POR CONTA           | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF         | CNPJ               |
| NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. | 0 - Por conta do emitente |             |                  |            | 15.066.184/0001-60 |
| ENDEREÇO                        | MUNICÍPIO                 |             |                  | UF         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA  | SAO JOSE DO RIO PRETO     |             |                  | SP         | 647598751114       |
| QUANTIDADE                      | ESPÉCIE                   | MARCA       | NUMERO           | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO       |
| 2,00                            | VOLUME(S)                 |             | 0,09673          | 16,135     | 16,135             |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                               | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 019125 | HIDROCORTISONA 100MG,SUCCINATO SODICO (UNIAO QUIMICA) L: 1906707 Q: 50,0000 V: 28/02/2021 | 30043290 | 000 | 5102 | FA | 50,00  | 2,4671         | 123,36      | 123,36       | 22,20      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 016209 | CLINDAMICINA 600MG.FOSFATO (HYPOFARMA) L: 1902012 Q: 50,0000 V: 28/02/2021                | 30049099 | 000 | 5102 | AP | 50,00  | 1,9384         | 96,92       | 96,92        | 17,45      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 026214 | LEVOFLOXACINO 5MG/ML (CRISTALIA) L: 18099253 Q: 6,0000 V: 30/09/2020                      | 30042099 | 000 | 5102 | BO | 6,00   | 17,622         | 105,73      | 105,73       | 19,03      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 011763 | LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19020242 Q: 10,0000 V: 28/02/2021                | 30049043 | 000 | 5102 | TB | 10,00  | 4,0531         | 40,53       | 40,53        | 7,30       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 030027 | COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (ASTROMED) L: 13ABXS3052019 Q: 30,0000 V: 30/05/2024   | 48191000 | 000 | 5102 | PC | 30,00  | 2,702          | 81,06       | 81,06        | 14,59      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 030220 | CURATIVO HIDROCOLOIDE EXTRA FINO 15CMX15CM (CASEX) L: C013/19 Q: 10,0000 V: 11/02/2022    | 30051090 | 000 | 5102 | PC | 10,00  | 7,8712         | 78,71       | 78,71        | 14,17      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 12/06/2019 Fato: 1417152 Autorização de Compra(Pedido Cliente). 1417152 \*\*\* BANCO DO BRASIL - Ag. 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO \*\*\* AFE: 1.04397-7 \*\* AE: 1.22375-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIÁRIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 12/06/19  
ASS. *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Farle" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO CITIBANK S.A.

-----

74593180151154701700100629824004679460000044100

BENEFICIARIO:

THOMSON REUTERS BRAS

NOME FANTASIA:

THOMSON REUTERS BRAS

CNPJ: 00.910.509/0013-05

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 71.002     |
| DATA DE VENCIMENTO | 10/07/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 10/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 441,00     |
| VALOR COBRADO      | 441,00     |

=====

NR.AUTENTICACAO 9.D7A.93F.6BF.261.8EC

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA**  
**SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

|                                                       |                                 |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Número do RPS<br><b>759043</b>                        | Número da nota<br><b>790045</b> |
| Data da emissão da nota<br><b>13/06/2019 10:47:59</b> |                                 |
| Data do fato gerador<br><b>12/06/2019 12:30:22</b>    |                                 |
| Código de verificação<br><b>VTEJ-5OWGZ</b>            |                                 |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((\*\*0x) x48)-3461**  
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO** Inscrição Estadual:  
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nº Sra. da Salete** CEP: **88815001**  
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**  
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:  
Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**  
Endereço: **Avenida José Ariano Rodrigues,** Número: **303** Bairro: **Jardim Ariano** CEP: **16400-400**  
Município: **LINS** País: UF: **SP**  
E-mail: **financeiro@ahbb.org.br** Telefone: **(1\*\*43) 5325-198**

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

|                                                                              | Valor Unitário | Qtd | Valor Serviço | Base de cálculo | (%)    | ISS  |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|---------------|-----------------|--------|------|
| Serv.(s) de hospedagem de software conf.contrato, referencia ao per. 6/2019. | 441,00         | 1   | 441,00        | 441,00 x        | 2,00 = | 8,82 |

VENCIMENTOS: (10/07/2019 - 441,00) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R\$0,00.)

**RETENÇÕES FEDERAIS**

|                                         |                    |                  |                                           |                  |
|-----------------------------------------|--------------------|------------------|-------------------------------------------|------------------|
| PIS/PASEP<br>R\$ 0,00                   | COFINS<br>R\$ 0,00 | INSS<br>R\$ 0,00 | IR<br>R\$ 0,00                            | CSLL<br>R\$ 0,00 |
| <b>VALOR BRUTO DA NOTA = R\$ 441,00</b> |                    |                  | <b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 441,00</b> |                  |

Código do serviço:

0103 / Processamento de dados e congêneres.

|                                        |                                       |                            |                               |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Valor das Deduções(R\$)<br><b>0,00</b> | Base de Cálculo(R\$)<br><b>441,00</b> | Alíquota(%)<br><b>2,00</b> | Valor ISS(R\$)<br><b>8,82</b> |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.07  
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - Banco Inter S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 3.080.028-5

FAVORECIDO: JESSICA FERNANDA SOARES 33478199859

CPF/CNPJ: 33.417.895/0001-13

VALOR: R\$ 1.100,00

DEBITO EM: 10/07/2019

=====

DOCUMENTO: 071003

AUTENTICACAO SISBB: 4.88F.322.835.CCC.386

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
5

|                        |                     |                          |          |                       |           |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|-----------|
| Data e Hora da Emissão | 03/07/2019 14:38:12 | Competência              | 3/7/2019 | Código de Verificação | 833610125 |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | LINS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                         |                     |            |           |                             |
|-------------------|---------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------|-----------------------------|
| Razão Social/Nome | JESSICA FERNANDA SOARES 33478199859                     |                     |            |           |                             |
| Nome Fantasia     |                                                         |                     |            |           |                             |
| CNPJ/CPF          | 33.417.895/0001-13                                      | Inscrição Municipal | 78774      | Município | SAO CARLOS - SP             |
| Endereço e CEP    | RUA HERMELINO ALTIERI ,100 - PARQUE SISI CEP: 13562-480 |                     |            |           |                             |
| Complemento       |                                                         | Telefone            | 98143-3396 | e-mail    | jessicasoares.fer@gmail.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                              |                     |               |           |                            |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-----------|----------------------------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                  |                     |               |           |                            |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                           | Inscrição Municipal |               | Município | LINS - SP                  |
| Endereço e CEP    | AV JOSE ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |               |           |                            |
| Complemento       | SALA 03                                                      | Telefone            | (14)3532-5198 | e-mail    | contabilidade2@ahbb.org.br |

Discriminação do Serviço

Serviços de Contabilidade/convenio 0107/2017 - termo add 001/2019

Código do Serviço / Atividade

8219999 / 17.02 - Preparação de documentos e serviços especializados de apoio administrativo não especificados anterior

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|           |  |              |  |          |  |            |  |            |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|
| PIS (R\$) |  | COFINS (R\$) |  | IR (R\$) |  | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) |  |
|-----------|--|--------------|--|----------|--|------------|--|------------|--|

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço

Outras Informações

Cálculo do ISSQN devido no Município

|                             |          |                                    |                                |                 |
|-----------------------------|----------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| Valor do Serviço R\$        | 1.100,00 | Natureza Operação                  | Valor do Serviço R\$           | 1.100,00        |
| (-) Desconto Incondicionado | 0,00     | 2-Tributação fora do município     | (-) Deduções Permitidas em Lei | 0,00            |
| (-) Desconto Condicionado   | 0,00     | Regime Especial Tributação         | (-) Desconto Incondicionado    | 0,00            |
| (-) Retenções Federais      | 0,00     | 5-Microempresário Individual (MEI) | Base de Cálculo                | 1.100,00        |
| (-) Outras Retenções        | 0,00     | Opção Simples Nacional             | (x) Alíquota %                 | 0,00            |
| (-) ISSQN Retido            | 0,00     | 2 - Não                            | ISSQN a Reter                  | ( ) Sim (X) Não |
| (=) Valor Líquido R\$       | 1.100,00 | Incentivador Cultural              | (=) Valor do ISSQN R\$         | 0,00            |
|                             |          | 2-Não                              |                                |                 |

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.  
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://SaoCarlos.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

10/07/19  
211

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790110069000000372494007252805479510000453257

BENEFICIARIO:

LABORATORIO SAO PAULO

NOME FANTASIA:

LABORATORIO SAO PAULO

CNPJ: 51.100.840/0001-67

SACADOR AVALISTA:

LABORATORIO SAO PAULO ANAL.CLINICAS

CNPJ: 51.100.840/0001-67

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 71.501

DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 15/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 4.532,57

VALOR COBRADO 4.532,57

=====

NR.AUTENTICACAO 5.BE9.CFB.D75.1D1.CB1

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio





# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA

Secretaria Municipal da Fazenda  
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota  
37294

Data de Emissão  
26/06/2019

Data e Hora da  
Competência  
26/06/2019 às 12:51:04

Código de Verificação  
0000-0003-7262

## PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 51.100.840/0001-67

Cód. Mobiliário 1069

Insc. Mun. 1069

Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA

Logradouro RUA-TIRADENTES

Número 1086

Bairro VILA MENDONÇA

CEP 16015-020

Município ARAÇATUBA

UF SP

Autenticação



Situação

Não Optante do Simples Nacional

Telefones

(18)3623-2649; (18)3117-7010

E-Mail's

nfe@laboratoriosapaulo.com.br; fernando@escritorionacional.com.br; legalizacao@escritorionacional.com.br

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02

IE ISENTA

Inscrição Mun.

Cód. Mobiliário 0

Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail acpinotti@gmail.com;

Telefone

Inf. Comp.

Logradouro RUA-AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,

Número 303

Bairro CENTRO

CEP 16400-400

Município LINS

UF SP

Complemento N.A.

País BRASIL

## INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora 26/06/2019 às 13:51:21

Lote 40358

Número do RPS 0000-0003-7262

Sequência 1

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço | Descrição                                                 | Vir. Unitário | Qtde | Desconto | Aliq. Tributo (IBPT) | Total    |
|---------|-----------------------------------------------------------|---------------|------|----------|----------------------|----------|
| 45      | SERVICOS LABORATORIAIS E/OU SERVICOS DE ANALISES CLINICAS | 4.829,5700    | 1,00 | 0,00     | 0,00                 | 4.829,57 |

Valor Total dos Serviços - **RS\$4.829,57**

## INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

NENHUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR REGISTRADA

## TRIBUTOS

|            |              |            |            |            |                        |                       |
|------------|--------------|------------|------------|------------|------------------------|-----------------------|
| PIS (R\$)  | COFINS (R\$) | INSS (R\$) | IR (R\$)   | CSLL (R\$) | Outras Retenções (R\$) | Outros Tributos (R\$) |
| 31,39      | 144,88       |            | 72,44      | 48,29      |                        |                       |
| CIDE (R\$) | IOF (R\$)    | IPI (R\$)  | ICMS (R\$) |            |                        |                       |

**VALOR TOTAL DA NOTA = RS\$ 4.829,57**

Atividade

8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Situação da Nota Fiscal

Normal

Aliquota (%)

3,0000

Base de Cálculo (R\$)

4.829,57

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Vir. Total das Deduções (R\$)

0,00

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Vir. Total Retido (R\$)

297,00

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UGE 090196 - Hospital Estadual

"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis

Tipo Despesa: Custeio

Vir. do ISS (R\$)

144,89

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = RS\$ 4.532,57**

## OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

- O crédito gerado estará disponível somente após o recolhimento do ISS desta NF-e.

Recebi(mos) do Prestador: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA CNPJ: 51.100.840/0001-67

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 37294 emitida em 26/06/2019 às 12:51:04 - Cód Verif 0000-0003-7262

Condições de Pagamento: Vencimento: 26/06/2019 Valor Total R\$ 4.829,57 Valor Líquido R\$ 4.532,57

Ass:

Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399676146580000000500019301019279510000950000

BENEFICIARIO:

ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP

NOME FANTASIA:

ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP

CNPJ: 14.352.079/0001-24

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 71.502

DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 15/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 9.500,00

VALOR COBRADO 9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 7.E8A.C1A.1E9.6AB.0F2

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandt Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
852

|                        |                     |                          |          |                       |                     |
|------------------------|---------------------|--------------------------|----------|-----------------------|---------------------|
| Data e Hora da Emissão | 02/07/2019 10:24:21 | Competência              | 2/7/2019 | Código de Verificação | 339005074           |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |          | Local da Prestação    | RIBEIRÃO PRETO - SP |

Dados do Prestador de Serviços

|                   |                                                                |                     |             |           |                     |
|-------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-----------|---------------------|
| Razão Social/Nome | ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI - EPP                             |                     |             |           |                     |
| Nome Fantasia     | ECQ                                                            |                     |             |           |                     |
| CNPJ/CPF          | 14.352.079/0001-24                                             | Inscrição Municipal | 20004074    | Município | RIBEIRÃO PRETO - SP |
| Endereço e Cep    | RUA THOMAZ NOGUEIRA GAIA, 544 - JARDIM SÃO LUIZ CEP: 14020-290 |                     |             |           |                     |
| Complemento:      |                                                                | Telefone:           | 16034427432 | e-mail:   |                     |

Dados do Tomador de Serviços

|                   |                                                   |                     |               |           |                        |
|-------------------|---------------------------------------------------|---------------------|---------------|-----------|------------------------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL       |                     |               |           |                        |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                | Inscrição Municipal |               | Município | BILAC - SP             |
| Endereço e CEP    | RUA SETE DE SETEMBRO, 529 - CENTRO CEP: 16210-000 |                     |               |           |                        |
| Complemento:      |                                                   | Telefone:           | (14)3532-5198 | e-mail:   | financeiro@ahbb.org.br |

Discriminação dos Serviços

Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares.  
Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis.

Convênio 0107/2017

Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014.  
Alíquota do ISS igual a 2,79%.

Pagamento conforme boleto.

Código do Serviço / Atividade

14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONserto, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP., ORTOPEDICOS, LABORATORIOS..

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|     |  |        |  |         |  |           |  |           |  |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|
| PIS |  | COFINS |  | IR(R\$) |  | INSS(R\$) |  | CSLL(R\$) |  |
|-----|--|--------|--|---------|--|-----------|--|-----------|--|

| Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços |          | Outras Retenções           |                                | Cálculo do ISSQN devido no Município |  |
|--------------------------------------------------|----------|----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Valor dos Serviços R\$                           | 9.500,00 | Natureza Operação          | Valor dos Serviços R\$         | 9.500,00                             |  |
| (-) Desconto Incondicionado                      |          | 1-Tributação no município  | (-) Deduções permitidas em lei |                                      |  |
| (-) Desconto Condicionado                        |          | Regime especial Tributação | (-) Desconto Incondicionado    |                                      |  |
| (-) Retenções Federais                           | 0,00     | 0-Nenhum                   | Base de Cálculo                | 9.500,00                             |  |
| Outras Retenções                                 |          | Opção Simples Nacional     | (x) Alíquota %                 | 2,79                                 |  |
| (-) ISS Retido                                   | 0,00     | 1 - Sim                    | ISS a reter:                   | ( ) Sim (X) Não                      |  |
| (=) Valor Líquido R\$                            | 9.500,00 | Incentivador Cultura       | (=) Valor do ISS: R\$          | 0,00                                 |  |
|                                                  |          | 2-Não                      |                                |                                      |  |

Avisos

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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399154567950000000910390001013579510000007000

BENEFICIARIO:

RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA

NOME FANTASIA:

RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA

CNPJ: 44.705.580/0001-98

PAGADOR:

ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 71.503

DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 15/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 3.798.1A8.556.361.BEB

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**  
**Secretaria Municipal de Economia e Finanças**  
**Divisão de Receitas Mobiliárias**

**Nota Fiscal Eletrônica de Serviços**

Número da Nota: 000000003209-1

Data de Emissão: 01/07/2019

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA

CPF/CNPJ: 44.705.580/0001-98

Inscrição Municipal: 1027

Tipo: ME

CEP: 17015-021

Endereço: RUA CUSSY JUNIOR, 07-7

Cidade: BAURU/SP

Fone: (14) 3879-2953

E-Mail: rpb.vendas@uol.com.br

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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: ASSS HOSP BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

CEP: 17400-000

Cidade: GARÇA/SP

Endereço: RUA ORLANDO THIAGO SANTOS, 70

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID  
(REFERENTE: 07/2019 A 12/2019) - MIRANDOPOLIS/SP

**Atividade:**

CONCERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS

**Código do Serviço:**

14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO

|                                                                                                                                                                                                        |                       |              |                             |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------------|---------------------------|
| Local da Prestação:                                                                                                                                                                                    |                       |              | Situação de Tributação:     |                           |
| BAURU                                                                                                                                                                                                  |                       |              | Tributada no Prestador      |                           |
| I.N.S.S. (R\$)                                                                                                                                                                                         | I.R. (R\$)            | PIS (R\$)    | COFINS (R\$)                | C.S.L.L. (R\$)            |
| 0,00                                                                                                                                                                                                   | 0,00                  | 0,00         | 0,00                        | 0,00                      |
| Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido |                       |              |                             | Valor Aprox. Tributos     |
|                                                                                                                                                                                                        |                       |              |                             | 0,00                      |
| Deduções de Materiais                                                                                                                                                                                  | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do ISS (R\$)          | Valor Total da Nota (R\$) |
| 0,00                                                                                                                                                                                                   | 420,00                | 3,58         | 15,04                       | 420,00                    |
| Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.                                                                                                   |                       |              | Valor líquido da nota (R\$) |                           |
|                                                                                                                                                                                                        |                       |              | 420,00                      |                           |

Chave de autenticação: 26D6C173B1D0B0CFF805508C2FFE375E

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000077314817701049279520000071153

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 71.504

DATA DE VENCIMENTO 16/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 15/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 711,53

VALOR COBRADO 711,53

=====

NR.AUTENTICACAO 4.1FC.EBB.CA0.BAB.C10

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



# Supermed

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

Nº 12681  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0126 8111 5987 6367

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190399830052 04/06/2019 19:29:11

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
183.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/06/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

04 JUN 2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/07/2019 711,53

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

530,14

VALOR DO ICMS

95,43

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

711,53

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

711,53

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

SP

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO

RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

5

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

30,40

PESO LÍQUIDO

30,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                              | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 11067  | ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT<br>35118S06AAAA (10) 07/2020 (Fornecedor: 20-<br>80, Lote: 35118S06AAAA, Qtde: 10, Data<br>Fab: 01/08/2018, Data Val: 31/07/2020)                                                                                                                 | 90181100 | 200 | 5102 | PCT  | 10     | 11,7440 | 117,44  | 117,44  | 21,14  |       | 18,00   |        |
| 22463  | MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-TALGE LT<br>OTMTW033 (6) 08/2022 (Fornecedor: 4, Lote:<br>OTMTW033, Qtde: 6, Data Fab: 01/08/2017,<br>Data Val: 01/08/2022)                                                                                                                                | 63079010 | 200 | 5102 | PCT  | 6      | 3,9083  | 23,45   | 23,45   | 4,22   |       | 18,00   |        |
| 11612  | SERINGA DESC.03ML SLIP C/100-DESCARPACK LT<br>SSSLAA207A (1) 04/2023 (Fornecedor: 4, Lo-<br>te: SSSSLAA207A, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/-<br>2018, Data Val: 30/04/2023)                                                                                                                       | 90183119 | 260 | 5405 | CX   | 1      | 10,9500 | 10,95   |         |        |       |         |        |
| 16994  | FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/1-<br>2-DESCARPACK LT 1236XM5 (1) 05/2022<br>/ LT 1240XM5 (1) 05/2022 (Fornecedor: 918,<br>Lote: 1236XM5, Qtde: 1, Data Fab: 15/05/2-<br>019, Data Val: 14/05/2022 / Fornece-<br>dor: 918, Lote: 1240XM5, Qtde: 1, Data<br>Fab: 20/05/2019, Data Val: 19/05/2022) | 96190000 | 060 | 5405 | FD   | 2      | 85,2200 | 170,44  |         |        |       |         |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 5. Rota R1 possui 2  
volume(s), rota R2 possui 3 volume(s)#R2V2R1V1R2V1R1V1..  
ITEM 3 e 4 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria  
Pedido: 12944

Erd. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL  
PELA VENDA NA EMPRESA.

Subs.Trib.RICMS Art.313-A - Item 3 / Art.313-G - Item 4

Rcta....: 3 Cubagem: 0,21

RESERVADO AO FISCO

**RECEBIDO** 06/06/19  
ASS. *Romy*  
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

**MERCADORIA AVARIADAS E/OU  
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE  
FOREM RELACIONADAS NO  
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



# Supermed

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

1

Nº 12681  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0126 8111 5987 6367

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190399830052 04/06/2019 19:29:11

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                            | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 21441  | LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA<br>(Fornecedor: 918, Lote: SLVBAA016S, Qtde:<br>1, Data Fab: 01/10/2018, Data Val: 30/09/-<br>2023)                                                                                                                                               | 39262000 | 200 | 5102 | CX   | 1      | 197,9500 | 197,95  | 197,95  | 35,63  |       | 18,00   |        |
| 13537  | SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA<br>REP.10102141 LT 45176 (10) 04/2022 (Fornec-<br>edor: 4, Lote: 45176, Qtde: 10, Data Fab:<br>01/04/2018, Data Val: 01/04/2022)                                                                                                                  | 90183929 | 000 | 5102 | PCT  | 10     | 5,9350   | 59,35   | 59,35   | 10,68  |       | 18,00   |        |
| 23064  | EQ.DISTA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR<br>LT SEERAAA0012 (2) 01/2024 (Fornecedor: 91-<br>8, Lote: SEERAAA0012, Qtde: 2, Data<br>Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)                                                                                                                   | 90189099 | 200 | 5102 | PCT  | 2      | 18,0000  | 36,00   | 36,00   | 6,48   |       | 18,00   |        |
| 22982  | AVENTAL DESC.ML 20GR BR.C/PUNHO C/10-TALGE<br>LT TAEX018 (8) 07/2023 \ LT TAEX023 (2)<br>10/2023 (Fornecedor: 1695, Lote: TAEX018,<br>Qtde: 8, Data Fab: 01/07/2018, Data<br>Val: 01/07/2023 / Fornecedor: 1695, Lote:<br>TAEX023, Qtde: 2, Data Fab: 01/10/2018,<br>Data Val: 30/10/2023) | 62101000 | 200 | 5102 | PCT  | 10     | 9,5950   | 95,95   | 95,95   | 17,28  |       | 18,00   |        |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611598831573359700002034312679530000035100

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 71.701

NOSSO NUMERO 6115883157

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 17/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 17/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 351,00

VALOR COBRADO 351,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.288.D28.DB2.A83.6D3



**DUPATRI HOSPITALAR  
COMERCIO IMPORTACAO E  
EXPORTACAO LTDA**

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO -  
SANTOS, SP, CEP:11075330,  
Fone:13-3228-8700

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 235537  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



**CHAVE DE ACESSO**

3519 0604 0278 9400 0164 5500 1000 2355 3710 0065 1686

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135190433541588 17/06/2019 20:01:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
633.565.182.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
04.027.894/0001-64

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
17/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
17/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
20:01

**FATURA / DUPLICATA**

001 17/07/2019 351,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      |                          |        |
|-------------------------|--------|-----------------|-------|----------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|--------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 351,00 | VALOR DO ICMS   | 43,68 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 351,00 |
| VALOR DO FRETE          | 0,00   | VALOR DO SEGURO | 0,00  | DESCONTO                   |      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI       | 0,00   |
|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      | VALOR TOTAL DA NOTA      | 351,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                   |                               |                                    |             |                    |                      |          |                              |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------|----------|------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>O EMITENTE | ENDEREÇO<br>RUA SAO PAULO, 31 | FRETE POR CONTA<br>O - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO   | UF<br>SP             | CNPJ/CPF | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |
| QUANTIDADE<br>2                   | ESPÉCIE<br>CAIXAS             | MARCA                              | NÚMERO      | PESO BRUTO<br>2,00 | PESO LÍQUIDO<br>2,00 |          |                              |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                                                | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 11458  | COMPR.GAZE 7,5X7,5 09F C/500 KARINA<br>- AMERICA (Lote: 0674, Qtde: 2, Dt Val:<br>04/06/2023)                | 30059090 | 000 | 5102 | PCT  | 2      | 13,0000 | 26,00   | 26,00   | 4,68   |       | 18,00   |        |
| 36285  | SERINGA GASOMETRIA A-LINE<br>3ML LL - BD 365060BD 365060 (Lote: 834-<br>5548, Qtde: 100, Dt Val: 30/11/2020) | 90183119 | 200 | 5102 | CX   | 100    | 3,2500  | 325,00  | 325,00  | 39,00  |       | 12,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da  
nota: UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITEM 2 Aliq. 12% conf. art. 54 inciso XV da alinea "D" do RICMS/SP  
ITEM 1 ISENTO DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79  
ITEM 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 45,65, federal, R\$ 1,97, Estadual, R\$ 43,68  
Pedido: 430816  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

**RESERVADO AO FISCO**

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 18/06/19  
ASS. *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:07  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611598831263359200002034312179530000043390

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO

71.702

NOSSO NUMERO

6115883126

CONVENIO

00000000

DATA DE VENCIMENTO

17/07/2019

DATA DO PAGAMENTO

17/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO

433,90

VALOR COBRADO

433,90

=====

NR.AUTENTICACAO

5.DEE.256.5B9.BE8.B58



**DUPATRI HOSPITALAR  
COMERCIO IMPORTACAO E  
EXPORTACAO LTDA**

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO -  
SANTOS, SP, CEP:11075330,  
Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 235490  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0604 0278 9400 0164 5500 1000 2354 9010 0012 1867

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135190433457350 17/06/2019 19:11:54

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
633.565.182.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
04.027.894/0001-64

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
17/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
17/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
19:11

FATURA / DUPLICATA

001 17/07/2019 433,90

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 433,90                  | 72,86           | 0,00                       | 0,00                       | 433,90                   |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 433,90                   |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                   |                                    |             |                  |                    |                              |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>O EMITENTE | FRETE POR CONTA<br>O - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 | CNPJ/CPF                     |
| ENDEREÇO<br>RUA SAO PAULO, 31     | MUNICÍPIO<br>SANTOS                |             |                  | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |
| QUANTIDADE<br>1                   | ESPÉCIE<br>CAIXAS                  | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO<br>2,00 | PESO LÍQUIDO<br>2,00         |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                            | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 29180  | ACETILCISTEINA 10% 5/3ML GEN-U.QUIMICA<br>(Lote: 1900867, Qtde: 6, Dt Val: 31/01/2021)   | 30049059 | 500 | 5102 | CX   | 6      | 6,6500   | 39,90   | 39,90   | 4,79   |       | 12,00   |        |
| 26473  | HEMOPOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA<br>(Lote: 19010293, Qtde: 3, Dt Val: 31/01/2021)  | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 3      | 115,5000 | 346,50  | 346,50  | 62,37  |       | 18,00   |        |
| 11305  | RANITIDINA 50MG 100/2ML GEN - HYPOFARMA<br>(Lote: 19050420, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2021) | 30039099 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 47,5000  | 47,50   | 47,50   | 5,70   |       | 12,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da  
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITENS 1,3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015  
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 72,86, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 72,86  
Pedido: 430814  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Convenio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

**RESERVADO AO FISCO**

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 18/06/19  
ASS. *Roms*

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23793398039917600002644002935706579530000289057

BENEFICIARIO:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

NOME FANTASIA:

SUPERMED

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 71.703

DATA DE VENCIMENTO 17/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 17/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.890,57

VALOR COBRADO 2.890,57

=====

NR.AUTENTICACAO F.8AE.CF3.A99.247.81D

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**Super****SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**  
8Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,  
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 315797  
SERIE 1  
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3157 9711 4182 6230

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193313309867 05/06/2019 08:57:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO  
05/06/2019ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANOCEP  
16400-400

DATA DE ENTRADA EM SAÍDA

MUNICÍPIO  
LINSFONE/FAX  
1435325198UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/07/2019 2.890,57

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
2.890,57VALOR DO ICMS  
266,89BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST  
0,00VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
2.890,57VALOR DO FRETE  
0,00VALOR DO SEGURO  
0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
0,00VALOR TOTAL DO IPI  
0,00VALOR TOTAL DA NOTA  
2.890,57

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000540ENDEREÇO  
AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,MUNICÍPIO  
POUSO ALEGREUF  
MGINSCRIÇÃO ESTADUAL  
5250929840006QUANTIDADE  
10ESPÉCIE  
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO  
31,89PESO LÍQUIDO  
31,89

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                              | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 26281  | CAPTOPRIL 25MG 500CP GEN-MEDQUIMICA LT 82-299S (1)03/21 (Lote: 82299S, Qtde: 1, Dt Val: 30/03/2021)                                                                          | 30049069 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 11,1800 | 11,18   | 11,18   | 1,34   |       | 12,00   |        |
| 26857  | CLOPIDOGREL 75MG 28CP GEN-DR REDDYS LT C8-00445 (1)12/19 (Lote: C800445, Qtde: 1, Dt Val: 30/12/2019)                                                                        | 30049079 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 6,9700  | 6,97    | 6,97    | 0,28   |       | 4,00    |        |
| 11689  | DIPIRONA 500MG/ML GTS 10ML GEN-FARMACE LT DS19D146 (10)04/21 (Lote: DS19D146, Qtde: 10, Dt Val: 30/04/2021)                                                                  | 30039099 | 000 | 6108 | FR   | 10     | 0,7100  | 7,10    | 7,10    | 0,85   |       | 12,00   |        |
| 26077  | LUFEM GTS 10ML -NATULAB LT 117064 (10)05/20 (Lote: 117064, Qtde: 10, Dt Val: 30/05/2020)                                                                                     | 30049099 | 000 | 6108 | FR   | 10     | 0,8500  | 8,50    | 8,50    | 1,02   |       | 12,00   |        |
| 24586  | BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-WASSER FARMA LT WFF18161 (2)11/22 WFF18162 (1) 11/22 (Lote: WFF18161, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2-022Lote: WFF18162, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2022) | 30049045 | 000 | 6108 | CX   | 3      | 62,4400 | 187,32  | 187,32  | 22,48  |       | 12,00   |        |
| 23773  | FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-SANTISA LT 20202819 (4)04/21 (Lote: 20202819, Qtde: 4, Dt Val: 01/04/2021)                                                                    | 30039099 | 000 | 6108 | CX   | 4      | 38,5175 | 154,07  | 154,07  | 18,49  |       | 12,00   |        |

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 10...

ITENS 2,10 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 253,41

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 288923

End. Entrega: AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG

1604131434122200000007304445.

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota....: 3 Cubagem: 0,07

RESERVADO AO FISCO

Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: CusteioAHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 07/06/19  
ASS. *10my*Mercadorias avariadas e/ou faltas  
só serão repostas se forem relacionadas  
ao conhecimentos do transportes.PERECÍVEL  
URGENTE

**Supermed****SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**  
8Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,  
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 315797  
SERIE 1  
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3157 9711 4182 6230

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193313309867 05/06/2019 08:57:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                          | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 19069  | HIDROCORTISONA 100MG 50FAM GEN-BLAU LT 19-040917 (2)04/21 (Lote: 19040917, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2021)                                                                                  | 30043999 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 123,7500 | 247,50  | 247,50  | 29,70  |       | 12,00   |        |
| 16185  | CEFEPIA 1GR 10FAM GEN-NOVAFARMA LT 78MK2-870 (10)10/20 (Lote: 78MK2870, Qtde: 10, Dt Val: 18/10/2020)                                                                                    | 30042059 | 000 | 6108 | CX   | 10     | 65,7500  | 657,50  | 657,50  | 78,90  |       | 12,00   |        |
| 26823  | CEFTRIAXONA 1G IV 50FAM GEN-TEUTO LT 9632-0005 (1)11/20 (Lote: 96320005, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2020)                                                                                    | 30049099 | 500 | 6108 | CX   | 1      | 339,8500 | 339,85  | 339,85  | 40,78  |       | 12,00   |        |
| 4472   | CLARITROMICINA(KLARICID)IV 500MG C/1-FAM-ABBOTT LT 90164TB22 (14)05/20 9123-5TB22 (16)06/20 (Lote: 90164TB22, Qtde: 14, Dt Val: 30/05/2020Lote: 91235TB22, Qtde: 16, Dt Val: 30/06/2020) | 30042029 | 200 | 6108 | FAM  | 30     | 33,0903  | 992,71  | 992,71  | 39,71  |       | 4,00    |        |
| 11555  | CLOR.DE SODIO 0,9% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT IGQ (6)02/21 (Lote: IGQ, Qtde: 6, Dt Val: 28/02/2021)                                                                                        | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 6      | 33,5900  | 201,54  | 201,54  | 24,18  |       | 12,00   |        |
| 14081  | CLORETO POTASSIO 19,1% 20-0AMP 10ML PL-FARMACE LT 19D8405 (1)04/21 (Lote: 19D8405, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2021)                                                                          | 30039099 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 39,4200  | 39,42   | 39,42   | 4,73   |       | 12,00   |        |
| 13477  | INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18002077 (2)06/20 (Lote: BF180-02077, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2020)                                                                 | 30043100 | 000 | 6108 | FR   | 2      | 18,4550  | 36,91   | 36,91   | 4,43   |       | 12,00   |        |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso: Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23793398039917600002637002935700879530000148852

BENEFICIARIO:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

NOME FANTASIA:

SUPERMED

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 71.704

DATA DE VENCIMENTO 17/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 17/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.488,52

VALOR COBRADO 1.488,52

=====

NR.AUTENTICACAO 7.B20.BD2.D14.A57.1DF

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**Supermed****SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**  
8Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,  
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 315761  
SERIE 1  
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3157 6111 4182 3719

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193313272188 05/06/2019 08:23:27

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinteINSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

05/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

05 JUN 2019

MUNICÍPIO  
LINSFONE/FAX  
1435325198UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/07/2019 1.488,52

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 1.488,52                | 137,60          | 0,00                       | 0,00                       | 1.488,52                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 1.488,52                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                            |                                    |             |                                     |                     |                            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO                    | UF                  | CNPJ/CPF<br>01125797000540 |
| ENDEREÇO<br>AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,           | MUNICÍPIO<br>POUSO ALEGRE          | UF<br>MG    | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>5250929840006 |                     |                            |
| QUANTIDADE<br>9                                            | ESPÉCIE<br>CAIXA                   | MARCA       | NÚMERO                              | PESO BRUTO<br>48,62 | PESO LÍQUIDO<br>48,62      |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                  | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 24472  | PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25-OML-FBM LT C18A107 (6)08/20 (Lote: C18A10-7, Qtde: 6, Dt Val: 30/08/2020)                          | 33069000 | 000 | 6108 | FR   | 6      | 4,3767   | 26,26   | 26,26   | 3,15   |       | 12,00   |        |
| 19825  | C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/05 CX.720-AMERIC LT 251 (1)02/24 (Lote: 251, Qtde: 1, Dt Val: 27/02/2024)                                | 30059090 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 183,2100 | 183,21  | 183,21  | 21,99  |       | 12,00   |        |
| 13434  | AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57118112 (6)11/23 (Lote: 57118112, Qtde: 6, Dt Val: 30/11/2023)                                 | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 6      | 5,4750   | 32,85   | 32,85   | 1,31   |       | 4,00    |        |
| 24435  | AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 594M4 (2)02/24 (Lote: 594M4, Qtde: 2, Dt Val: 29/02/2024)                                            | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 5,0400   | 10,08   | 10,08   | 0,40   |       | 4,00    |        |
| 21897  | AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 617M4 (2)02/-24 (Lote: 617M4, Qtde: 2, Dt Val: 28/02/2-024)                                         | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 5,0400   | 10,08   | 10,08   | 0,40   |       | 4,00    |        |
| 22900  | LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20-0-TKL LT Z2A365B7 (1)01/24 (Lote: Z2A36-5B7, Qtde: 1, Dt Val: 01/01/2024)                    | 90183999 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 32,6000  | 32,60   | 32,60   | 1,30   |       | 4,00    |        |
| 21432  | FIO AGULH.NYLON PRETO 3/0 45CM 30MM 3/8 C/24-PROCARE REF.233 LT 41818061 (1)06/23 (Lote: 41818061, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2-023) | 30061090 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 23,3300  | 23,33   | 23,33   | 0,93   |       | 4,00    |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

# R 16 B 11....  
ITENS 3 a 10 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 130,32  
Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00  
Pedido: 288930  
End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL  
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG  
Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJUEMG 1604131434122200000007304445.  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA VENDA NA EMPRESA.  
Rota.....: 3 Cubagem: 0,30

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 07/06/19**  
**ASS. 10ms**Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: CusteioMercadorias avariadas e/ou faltas  
só serão repostas de forem relacionadas

Supermed

SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA  
8

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

1

Nº 315761  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3157 6111 4182 3719

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193313272188 05/06/2019 08:23:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                 | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 15181  | SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G1-70 (1)04/24 (Lote: G170, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2024)                 | 90183111 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 55,0100  | 55,01   | 55,01   | 2,20   |       | 4,00    |        |
| 11614  | SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0318 (6)12/23 (Lote: SSSLAA0318, Qtde: 6, Dt Val: 30/12/2023)  | 90183119 | 200 | 6108 | CX   | 6      | 21,6117  | 129,67  | 129,67  | 5,19   |       | 4,00    |        |
| 11615  | SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0343 (12)01/24 (Lote: SSSLAA0343, Qtde: 12, Dt Val: 30/01/2024) | 90183119 | 200 | 6108 | CX   | 12     | 18,2500  | 219,00  | 219,00  | 8,76   |       | 4,00    |        |
| 17002  | LUVA CIRURG.6,5 EST.C/200 PARES-DIAL LT 920 (1)05/22 (Lote: 920, Qtde: 1, Dt Val: 30/05/2022)                   | 40151100 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 225,0000 | 225,00  | 225,00  | 27,00  |       | 12,00   |        |
| 16998  | LUVA CIRURG.7,0EST.C/200 PARES-SENSITEX LT 916 (1)04/22 (Lote: 916, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2022)                | 40151100 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 246,6500 | 246,65  | 246,65  | 29,60  |       | 12,00   |        |
| 16980  | LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR010J (2)05/22 (Lote: PR010J, Qtde: 2, Dt Val: 30/05/2022)            | 40151900 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 147,3900 | 294,78  | 294,78  | 35,37  |       | 12,00   |        |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090308371800100000116178179540000305500

BENEFICIARIO:

MEDC X E CIRURGICOS LTDA - EPP

NOME FANTASIA:

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 16.610.451/0001-80

SACADOR AVALISTA:

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 16.610.451/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| NR. DOCUMENTO      | 71.801            |
| NOSSO NUMERO       | 30837180000000116 |
| CONVENIO           | 03083718          |
| DATA DE VENCIMENTO | 18/07/2019        |
| DATA DO PAGAMENTO  | 18/07/2019        |
| VALOR DO DOCUMENTO | 3.055,00          |
| VALOR COBRADO      | 3.055,00          |

=====

NR.AUTENTICACAO 0.AA8.4A7.955.7EF.14D



|                                                                                                              |                                         |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|
| RECEBEMOS DE MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO. |                                         | NF-e                |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                          | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº: 524<br>SÉRIE: 1 |

|                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP</b><br><br>Rua Caldas Novas, 50 - Bethaville I<br>Barueri - SP<br>CEP: 06404-301 |                              | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br><b>Nº: 524</b><br>Série: 1<br>FOLHA 1 / 1 | <b>CONTROLE DO FISCO</b><br><br>CHAVE DE ACESSO<br>3519 0516 6104 5100 0180 5500 1000 0005 2410 3294 4180<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora. |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA DE MERCADORIA                                                                                 |                              | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135190379611215 28/05/2019 14:49:40                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>206488140110                                                                                          | INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST. | CNPJ / CPF<br>16.610.451/0001-80                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                    |                                    |                    |                      |                      |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|
| <b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>                                    |                                    | CNPJ / CPF         |                      | DATA EMISSÃO         |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                    | 45.349.461/0001-02 |                      | 28/05/2019 14:39:17  |
| ENDEREÇO<br>Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03                 | BAIRRO / DISTRITO<br>Jardim Ariano | CEP<br>16400-400   | DATA SAÍDA / ENTRADA |                      |
| MUNICÍPIO<br>Lins                                                  | FONE / FAX                         | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL   | HORA SAÍDA / ENTRADA |

|                         |
|-------------------------|
| <b>FATURA / PARCELA</b> |
|-------------------------|

|                                         |                             |                                            |                                        |                                          |                                     |
|-----------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>               |                             |                                            |                                        |                                          |                                     |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>R\$ 3.055,00 | VALOR DO ICMS<br>R\$ 549,90 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.<br>R\$ 0,00 | VALOR DO ICMS SUBST.<br>R\$ 0,00       | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>R\$ 3.055,00 |                                     |
| VALOR DO FRETE<br>R\$ 0,00              | VALOR DO SEGURO<br>R\$ 0,00 | DESCONTO<br>R\$ 0,00                       | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>R\$ 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI<br>R\$ 0,00           | VALOR TOTAL DA NOTA<br>R\$ 3.055,00 |

|                                              |         |                                |             |                      |                        |                    |
|----------------------------------------------|---------|--------------------------------|-------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| <b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |         |                                |             |                      |                        |                    |
| NOME / RAZÃO SOCIAL                          |         | FRETE POR CONTA<br>0-REMETENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO     | UF                     | CNPJ / CPF         |
| ENDEREÇO                                     |         | MUNICÍPIO                      |             |                      | UF                     | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE                                   | ESPÉCIE | MARCA                          | NUMERAÇÃO   | PESO BRUTO<br>0,0000 | PESO LÍQUIDO<br>0,0000 |                    |

| DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS |                                                                     |          |     |      |      |        |             |          |         | VALOR  |      | ALÍQUOTA % |      |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|-------------|----------|---------|--------|------|------------|------|
| CÓDIGO                       | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                   | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID | QUANT. | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS | ICMS   | IPI  | ICMS       | IPI  |
| 6230                         | HEPARINA 5000UI/0,25ML LOTE: 19010223 VL: 01/21                     | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 100    | 4,5000      | 450,00   | 450,00  | 81,00  | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 6242                         | HERMITARTARATO DE NOREPINEFRINA 2MG/ML 4ML LOTE: 18070793 VL: 07/20 | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 100    | 1,7000      | 170,00   | 170,00  | 30,60  | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 0421                         | CEFTRIAXONA SOBICA 1G IV LT: 1003095 VL: 10/20                      | 30049099 | 000 | 5102 | UN   | 50     | 6,0000      | 300,00   | 300,00  | 54,00  | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 6236                         | PIPE/TAZO 4g+500mg LT PT0418079 - VAL 09/2020                       | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 40     | 24,0000     | 960,00   | 960,00  | 172,80 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 6735                         | MEROPEM TRI-HIDRATADO 1G LOTE: 111502608 VL:07/20                   | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 30     | 18,5000     | 555,00   | 555,00  | 99,90  | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 6246                         | CLARITROMICINA 500MG LT 81401TB23 / VAL 08/2020                     | 30049039 | 000 | 5102 | UN   | 20     | 31,0000     | 620,00   | 620,00  | 111,60 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b>  |                          |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL      | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS |
| BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS ADICIONAIS</b><br>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Informações complementares de interesse do Contribuinte:<br>PAGAMENTO BOLETO PARA 26/07/2019<br>ENDEREÇO DE ENTREGA:<br>Av. Dr. Raul da Cunha Bueno, 585<br>MIRANDÓPOLIS<br>UTI Mirandópolis - Convênio 0107/2017 | RESERVADO AO FISCO<br> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611423361213359600002034312579550000110710

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 71.802

NOSSO NUMERO 6114336121

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 19/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.107,10

VALOR COBRADO 1.107,10

=====

NR.AUTENTICACAO 9.855.414.F93.54F.B88

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**DUPATRI HOSPITALAR  
COMERCIO IMPORTACAO E  
EXPORTACAO LTDA**

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO -  
SANTOS, SP, CEP:11075330,  
Fone:13-3228-8700

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 231419  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0604 0278 9400 0164 5500 1000 2314 1911 5976 8636

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190399734172 04/06/2019 18:33:31

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
633.565.182.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0001-64

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

04/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
18:33

FATURA / DUPLICATA

001 19/07/2019 1.107,10

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 1.107,10                | 190,41          | 0,00                       | 0,00                       | 1.107,10                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 1.107,10                 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                   |                                    |             |                  |                    |                              |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>O EMITENTE | FRETE POR CONTA<br>O - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 | CNPJ/CPF                     |
| ENDEREÇO<br>RUA SAO PAULO, 31     | MUNICÍPIO<br>SANTOS                |             |                  | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |
| QUANTIDADE<br>2                   | ESPÉCIE<br>CAIXAS                  | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO<br>3,00 | PESO LÍQUIDO<br>3,00         |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                                                  | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 15737  | OMEPRAZOL IV 40MG 25/1-<br>OML GEN-CRIST (Lote: 19010318, Qtde: 1,<br>Dt Val: 31/01/2021)                      | 30049069 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 147,7500 | 147,75  | 147,75  | 17,73  |       | 12,00   |        |
| 20650  | XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRI-<br>SESTERIL-COM APLICADOR (Lote: 19020232,<br>Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2021) | 30049043 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 39,8000  | 39,80   | 39,80   | 7,16   |       | 18,00   |        |
| 29666  | CALNATE 30G C/60 ENV- EUROFARMA<br>HOSP (Lote: 597304A, Qtde: 1,<br>Dt Val: 31/12/2020)                        | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 880,5500 | 880,55  | 880,55  | 158,50 |       | 18,00   |        |
| 11458  | COMPR.GAZE 7,5X7,5 09F C/500 KARINA<br>- AMERICA (Lote: 0674, Qtde: 3, Dt Val:<br>04/06/2023)                  | 30059090 | 000 | 5102 | PCT  | 3      | 13,0000  | 39,00   | 39,00   | 7,02   |       | 18,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da  
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015  
ITEM 4 ISENTO DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79  
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 193,37, federal, R\$ 2,96, Estadual, R\$ 190,41  
Pedido: 426055  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 05/06/19**  
**ASS. Roms**

Convenio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0012

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000077321723301046279540000050234

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 71.803

DATA DE VENCIMENTO 18/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 502,34

VALOR COBRADO 502,34

=====

NR.AUTENTICACAO E.EB5.448.5A8.C98.CCF

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

# Supermed

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 14635  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0146 3510 0103 9920

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190435874494 18/06/2019 14:07:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
183.070.970.117

INS. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

18/06/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

18 JUN 2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/07/2019 502,34

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

500,53

VALOR DO ICMS

90,10

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

502,34

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

502,34

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO

RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CATYB

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

14,11

PESO LÍQUIDO

14,11

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                  | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 27049  | TURBANTE DESC.ELAST.C/100-HNDESC LT 11902-01001 (3) 02/2022 (Fornecedor: 1125, Lote: 1190201001, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 01/02/2022)            | 63079010 | 000 | 5102 | PCT  | 3      | 4,6433  | 13,93   | 13,93   | 2,51   |       | 18,00   |        |
| 22993  | CATETER IV 24G 0,7X19MM C/100-TKL LT 1710-361342 (1) 12/2022 (Fornecedor: 4, Lote: 1710361342, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/01/2018, Data Val: 30/12/2022)              | 90183924 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 54,7200 | 54,72   | 54,72   | 9,85   |       | 18,00   |        |
| 11067  | ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 05219S06AAAA (6) 12/2020 (Fornecedor: 208-0, Lote: 05219S06AAAA, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/12/2020) | 90181100 | 200 | 5102 | PCT  | 6      | 11,7450 | 70,47   | 70,47   | 12,69  |       | 18,00   |        |
| 23257  | COTTONBABY HASTE FLEX CX C/150 LT 385016 (1) 01/2023 (Fornecedor: 4, Lote: 385016, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2018, Data Val: 30/01/2023)                          | 96190000 | 060 | 5405 | CX   | 1      | 1,8100  | 1,81    |         |        |       |         |        |
| 6826   | ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 41 (1) 04/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 41, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/04/2019, Data Val: 30/04/2024)                         | 44219900 | 000 | 5102 | PCT  | 1      | 2,2800  | 2,28    | 2,28    | 0,41   |       | 18,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 2. Rota R1 possui 1

volumen(s), rota R3 possui 1 volumen(s)#R1V1R3V1..

ITEM 4 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria

Pedido: 14821

End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario :

COMERCIAL

Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL

PELA VENDA NA EMPRESA.

Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 1

Rota....: 3 Cubagem: 0,07

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 19/06/19  
ASS. *Amx*

MERCADORIA AVARIADAS E/OU  
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE  
FOREM RELACIONADAS NO  
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UGE 090196 - Hospital Estadual

"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis

Tipo Despesa: Custeio



Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brand Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0012

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23793398039917700004181002935708479540000063955

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

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 71.804     |
| DATA DE VENCIMENTO | 18/07/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 18/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 639,55     |
| VALOR COBRADO      | 639,55     |

=====

NR.AUTENTICACAO 3.B1C.2F7.EFC.B98.0C5

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Supered

SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA  
8

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 321640  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3216 4010 0023 6361

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193326836545 18/06/2019 14:19:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

18/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

18 JUN 2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/07/2019 639,55

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

639,55

VALOR DO ICMS

57,98

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

639,55

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO  
AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,

MUNICÍPIO

POUSO ALEGRE

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

5

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

28,92

PESO LÍQUIDO

28,92

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                       | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 24472  | PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25-<br>OML-FBM LT C18A107 (6)08/20 (Lote: C18A10-<br>7, Qtde: 6, Dt Val: 30/08/2020)       | 33069000 | 000 | 6108 | FR   | 6      | 4,3767   | 26,26   | 26,26   | 3,15   |       | 12,00   |        |
| 13434  | AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57118112<br>(5)11/23 (Lote: 57118112, Qtde: 5, Dt Val:<br>30/11/2023)                | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 5      | 5,4740   | 27,37   | 27,37   | 1,09   |       | 4,00    |        |
| 24435  | AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1758M4 (2)05/-<br>24 (Lote: 1758M4, Qtde: 2, Dt Val: 30/05/-<br>2024)                     | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 4,9450   | 9,89    | 9,89    | 0,40   |       | 4,00    |        |
| 22900  | LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20-<br>0-TKL LT Z2A365B7 (1)01/24 (Lote: Z2A36-<br>5B7, Qtde: 1, Dt Val: 01/01/2024) | 90183999 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 33,5900  | 33,59   | 33,59   | 1,34   |       | 4,00    |        |
| 11919  | SERINGA DESC.10ML LOCK C/100-DESCARPACK LT<br>SSLAA0106 (6)11/23 (Lote: SSLAA0106,<br>Qtde: 6, Dt Val: 30/11/2023)    | 90183119 | 200 | 6108 | CX   | 6      | 21,2000  | 127,20  | 127,20  | 5,09   |       | 4,00    |        |
| 16994  | FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/1-<br>2-DESCARPACK LT 1168XM8 (1)03/22 (Lote:<br>1168XM8, Qtde: 1, Dt Val: 30/03/2022)     | 96190000 | 000 | 6108 | FD   | 1      | 89,9100  | 89,91   | 89,91   | 10,79  |       | 12,00   |        |
| 16980  | LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER<br>LT PR010J (2)05/22 (Lote: PR010J, Qtde: 2,<br>Dt Val: 30/05/2022)            | 40151900 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 144,4150 | 288,83  | 288,83  | 34,66  |       | 12,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

# R 14 B 13....

ITENS 2 a 5,8 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado  
Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 57,13

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 294354

End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario :

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG

1604131434122200000007304445.

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota.....: 3 Cubagem: 0,16

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 19/06/19  
ASS. *Amx*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

mercadorias avariadas, ou faltas  
serão repostas se forem relacionadas  
no conhecimento de transportes.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23793398039917700004186002935707779540000267304

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

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 71.805     |
| DATA DE VENCIMENTO | 18/07/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 18/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 2.673,04   |
| VALOR COBRADO      | 2.673,04   |

=====

NR.AUTENTICACAO A.126.6A3.676.6F0.64B

# Supermed

**SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**  
8

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

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 321746  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO  
3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3217 4610 0094 1382

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
131193327141709 18/06/2019 17:03:54

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
18/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA DE ENTRADA EM USO  
18 JUN 2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/07/2019 2.673,04

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 2.673,04                | 279,98          | 0,00                       | 0,00                       | 2.673,04                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                            |                            | 2.673,04                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                            |                                    |             |                                     |                     |                            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO                    | UF                  | CNPJ/CPF<br>01125797000540 |
| ENDEREÇO<br>AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,           | MUNICÍPIO<br>POUSO ALEGRE          | UF<br>MG    | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>5250929840006 |                     |                            |
| QUANTIDADE<br>7                                            | ESPÉCIE<br>CAIXA                   | MARCA       | NÚMERO                              | PESO BRUTO<br>31,10 | PESO LÍQUIDO<br>31,10      |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                   | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|
| 26857  | CLOPIDOGREL 75MG 28CP GEN-DR REDDYS LT C8-00445 (1)12/19 (Lote: C800445, Qtde: 1, Dt Val: 30/12/2019)             | 30049079 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 6,6700   | 6,67    | 6,67    | 0,27    |        | 4,00    |        |
| 11689  | DIPIRONA 500MG/ML GTS 10ML GEN-FARMACE LT DS19D146 (10)04/21 (Lote: DS19D146, Qtde: 10, Dt Val: 30/04/2021)       | 30039099 | 000 | 6108 | FR   | 10     | 0,7100   | 7,10    | 7,10    | 0,85    |        | 12,00   |        |
| 24586  | BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-WASSER FARMA LT WFF19054 (2)02/23 (Lote: WFF19054, Qtde: 2, Dt Val: 28/02/2023)     | 30049045 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 60,1800  | 120,36  | 120,36  | 14,44   |        | 12,00   |        |
| 7054   | ENOXAPARINA (CUTENOX) 20MG 10SER. 0, 2ML IV/SC-MYLAN LT JA816 (2)06/20 (Lote: JA816, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2020) | 30049099 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 110,3200 | 220,64  | 220,64  | 8,83    |        | 4,00    |        |
| 7056   | ENOXAPARINA (CUTENOX) 40MG 10SER. 0, 4ML IV/SC-MYLAN LT JB890 (2)10/20 (Lote: JB890, Qtde: 2, Dt Val: 30/10/2020) | 30049099 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 141,1850 | 282,37  | 282,37  | 11,29   |        | 4,00    |        |
| 23906  | METROFARMA 10MG 100AMP 2ML-FARMACE LT MT1-9A002 (2)01/21 (Lote: MT19A002, Qtde: 2, Dt Val: 30/01/2021)            | 30049041 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 33,6850  | 67,37   | 67,37   | 8,08    |        | 12,00   |        |
| 26823  | CEFTRIAXONA 1G IV 50FAM GEN-TEUTO LT 9632-0008 (1)11/20 (Lote: 96320008, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2020)             | 30049099 | 500 | 6108 | CX   | 1      | 342,2600 | 342,26  | 342,26  | 41,07   |        | 12,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 13...  
ITENS 1,4 a 5 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 201,16  
Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00  
Pedido: 294360  
End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL  
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG  
Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG 16041314341222200000007304445.  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA VENDA NA EMPRESA.  
Rota....: 3 Cubagem: 0,07

RESERVADO AO FISCO

**RECEBIDO** 19/06/19  
ASS. *Roms*  
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

Mercadorias avariadas e/ou faltas  
só serão repostas de forem relacionadas  
ao conhecimentos do transportes.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

**Supermed****SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**  
8Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,  
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 321746  
SERIE 1  
FOLHA 2/2

## CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3217 4610 0094 1382

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinteINSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

## PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193327141709 18/06/2019 17:03:54

CNPJ

11.206.099/0001-07

## DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                             | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 22773  | MEROPENEM 1G 25FAM GEN-BIOQUÍMICO LT 8510<br>(2)01/20 (Lote: 8510, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2020)                             | 30042099 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 477,6100 | 955,22  | 955,22  | 114,63 |       | 12,00   |        |
| 16358  | LACTUGOLD 667MG/ML AMEIXA 120ML-ARTE NATI-<br>VA LT 219 (10)03/21 (Lote: 219, Qtde: 10,<br>Dt Val: 28/02/2021)              | 21069030 | 000 | 6108 | FR   | 10     | 5,1100   | 51,10   | 51,10   | 6,13   |       | 12,00   |        |
| 9984   | TOPCOID GEL 5MG/G 40G-U.QUÍMICA LT 1910390<br>(3)03/22 (Lote: 1910390, Qtde: 3, Dt Val:<br>30/03/2022)                      | 30049099 | 000 | 6108 | TB   | 3      | 7,5367   | 22,61   | 22,61   | 2,71   |       | 12,00   |        |
| 20928  | ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES<br>MACHADO LT 1910070 (1)04/22 (Lote: 191007-<br>0, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2022) | 38089429 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 42,8800  | 42,88   | 42,88   | 5,15   |       | 12,00   |        |
| 14080  | CLOR.DE SÓDIO 0,9% 200AMP 10ML PL-FARMACE<br>LT 19C10260 (3)03/21 (Lote: 19C10260,<br>Qtde: 3, Dt Val: 30/03/2021)          | 30039099 | 000 | 6108 | CX   | 3      | 33,8267  | 101,48  | 101,48  | 12,18  |       | 12,00   |        |
| 12772  | FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLA-<br>BOR AL LT AS16018 (1)09/20 (Lote: AS16018,<br>Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2020)    | 30045090 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 152,3600 | 152,36  | 152,36  | 18,28  |       | 12,00   |        |
| 13324  | MIDAZOLAM 50MG 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR<br>B1 LT AP20518 (1)09/20 (Lote: AP20518,<br>Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2020)          | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 300,6200 | 300,62  | 300,62  | 36,07  |       | 12,00   |        |

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UGE 090196 - Hospital Estadual

"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis

Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:08  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611670411763359600002034312279540000195000

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 71.806

NOSSO NUMERO 6116041176

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 18/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.950,00

VALOR COBRADO 1.950,00

=====

NR.AUTENTICACAO 0.1F1.8A8.469.DAC.1A2



**DUPATRI HOSPITALAR  
COMERCIO IMPORTACAO E  
EXPORTACAO LTDA**

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO -  
SANTOS, SP, CEP:11075330,  
Fone:13-3228-8700

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 235857  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0604 0278 9400 0164 5500 1000 2358 5710 0095 5226

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190436371861 18/06/2019 15:48:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
633.565.182.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0001-64

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

18/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
18/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
15:47

FATURA / DUPLICATA

001 18/07/2019 1.950,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                       | 0,00                       | 1.950,00                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                            |                            | 1.950,00                 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                   |                                    |             |                  |                    |                              |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>O EMITENTE | FRETE POR CONTA<br>O - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 | CNPJ/CPF                     |
| ENDEREÇO<br>RUA SAO PAULO, 31     | MUNICÍPIO<br>SANTOS                |             |                  | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |
| QUANTIDADE<br>1                   | ESPÉCIE<br>CAIXAS                  | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO<br>1,00 | PESO LÍQUIDO<br>1,00         |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                           | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.    | V.TOTAL  | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|------------|----------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 228    | ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 8056-85, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2021) | 30049019 | 240 | 5102 | CX   | 1      | 1.950,0000 | 1.950,00 |         |        |       |         |        |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da  
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITEM 1 Isencao CONV.ICMS 140/01  
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 793,46, federal, R\$ 793,46, Estadual, R\$ 0,00  
Pedido: 431037  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 19/06/19  
ASS. *loms*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.08  
6790306790 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| AG. ARRECADADOR         |                         |
| CNC 001 - 6790 - BILAC  | SP                      |
| CODIGO DE BARRAS        | 85630000016 49910064920 |
|                         | 01453494610 00117089181 |
| DATA DO PAGAMENTO       | 18/07/2019              |
| PERIODO DE APURACAO     | -----                   |
| NUMERO DO CPF           | -----                   |
| CODIGO DA RECEITA       | -----                   |
| NUMERO DE REFERENCIA    | -----                   |
| DATA DO VENCIMENTO      | -----                   |
| RECEITA BRUTA ACUMULADA | -----                   |
| PERCENTUAL              | -----                   |
| VALOR DO PRINCIPAL      | -----                   |
| VALOR DA MULTA          | -----                   |
| VALOR DOS JUROS         | -----                   |
| VALOR TOTAL             | 1.649,91                |

-----

DOCUMENTO: 071807  
AUTENTICACAO SISBB: 6.196.392.D54.6D2.EF5



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

IR - MIA

1ª via

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                              | <b>30/06/2019</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | <b>45.349.461/0001-02</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                | <b>1708</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                               | <b>19/07/2019</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>07</b> VALOR PRINCIPAL                                  | <b>1.649,91</b>           |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA<br><br><b>DARF válido para pagamento até 19/07/2019</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                         | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                   | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>10</b> VALOR TOTAL                                      | <b>1.649,91</b>           |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                      | SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/07/2019 14:32:14           |                           |

85630000016-8 49910064920-5 01453494610-9 00117089181-4



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                              | <b>30/06/2019</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | <b>45.349.461/0001-02</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                | <b>1708</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                               | <b>19/07/2019</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>07</b> VALOR PRINCIPAL                                  | <b>1.649,91</b>           |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA<br><br><b>DARF válido para pagamento até 19/07/2019</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                           | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                   | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>10</b> VALOR TOTAL                                      | <b>1.649,91</b>           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/07/2019 14:32:14           |                           |

85630000016-8 49910064920-5 01453494610-9 00117089181-4



Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

18/07/2019  
 211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.08  
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| AG. ARRECADADOR         |                         |
| CNC 001 - 6790 - BILAC  | SP                      |
| CODIGO DE BARRAS        | 85690000051 14920064920 |
|                         | 01453494610 00159529181 |
| DATA DO PAGAMENTO       | 18/07/2019              |
| PERIODO DE APURACAO     | -----                   |
| NUMERO DO CPF           | -----                   |
| CODIGO DA RECEITA       | -----                   |
| NUMERO DE REFERENCIA    | -----                   |
| DATA DO VENCIMENTO      | -----                   |
| RECEITA BRUTA ACUMULADA | -----                   |
| PERCENTUAL              | -----                   |
| VALOR DO PRINCIPAL      | -----                   |
| VALOR DA MULTA          | -----                   |
| VALOR DOS JUROS         | -----                   |
| VALOR TOTAL             | 5.114,92                |

-----

DOCUMENTO: 071808  
AUTENTICACAO SISBB: 4.9B1.EDB.F77.4B8.DAA



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

PCC - Mira

1ª via

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                     |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO                              | 30/06/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | 45.349.461/0001-02 |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 04 CÓDIGO DA RECEITA                                | 5952               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 06 DATA DE VENCIMENTO                               | 19/07/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 07 VALOR PRINCIPAL                                  | 5.114,92           |
| 01 NOME / TELEFONE<br>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA<br><br><b>DARF válido para pagamento até 19/07/2019</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                                | 08 VALOR DA MULTA                                   | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 10 VALOR TOTAL                                      | 5.114,92           |
|                                                                                                                                                                                                                                      | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                      | SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/07/2019 14:40:58    |                    |

85690000051-9 14920064920-5 01453494610-9 00159529181-4



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | 02 PERÍODO DE APURAÇÃO                              | 30/06/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | 45.349.461/0001-02 |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 04 CÓDIGO DA RECEITA                                | 5952               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 05 NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 06 DATA DE VENCIMENTO                               | 19/07/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 07 VALOR PRINCIPAL                                  | 5.114,92           |
| 01 NOME / TELEFONE<br>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA<br><br><b>DARF válido para pagamento até 19/07/2019</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                                  | 08 VALOR DA MULTA                                   | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 10 VALOR TOTAL                                      | 5.114,92           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | 11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                        | SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/07/2019 14:40:58    |                    |

85690000051-9 14920064920-5 01453494610-9 00159529181-4



Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

18/07/2019  
 211



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.08  
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| AG. ARRECADADOR         |                         |
| CNC 001 - 6790 - BILAC  | SP                      |
| CODIGO DE BARRAS        | 85600000009 22640064920 |
|                         | 01453494610 00105619181 |
| DATA DO PAGAMENTO       | 18/07/2019              |
| PERIODO DE APURACAO     | -----                   |
| NUMERO DO CPF           | -----                   |
| CODIGO DA RECEITA       | -----                   |
| NUMERO DE REFERENCIA    | -----                   |
| DATA DO VENCIMENTO      | -----                   |
| RECEITA BRUTA ACUMULADA | -----                   |
| PERCENTUAL              | -----                   |
| VALOR DO PRINCIPAL      | -----                   |
| VALOR DA MULTA          | -----                   |
| VALOR DOS JUROS         | -----                   |
| VALOR TOTAL             | 922,64                  |

-----

DOCUMENTO: 071809  
AUTENTICACAO SISBB: E.878.E06.C6E.D3C.BB3

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                                                                                                                                                                                                                          | 30/06/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                                                                                                                                                                                                                        | 45.349.461/0001-02 |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                                                                                                                                                                                                            | 0561               |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                         |                    |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL<br>163362200                                                                                                                                                           | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                                                                                                                                                                                                                           | 19/07/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                  | DARF 06 2019 UTI MIRANDOP OLIS<br><br><b>DARF válido para pagamento até 19/07/2019</b><br>Domicílio tributário do contribuinte:<br>SAO CARLOS<br><br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b><br>Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4 |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                           | 922,64             |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                                                                                                                                                                                                               | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69                                                                                                                                                                                                | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                  | <b>10</b> VALOR TOTAL                                                                                                                                                                                                                                  | 922,64             |

85600000009-6 22640064920-9 01453494610-9 00105619181-8

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

|                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                                                                                                                                                                                                                          | 30/06/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                                                                                                                                                                                                                        | 45.349.461/0001-02 |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                                                                                                                                                                                                            | 0561               |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                         |                    |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOC HOSP BENEFIC DO BRASIL<br>163362200                                                                                                                                                            | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                                                                                                                                                                                                                           | 19/07/2019         |
|                                                                                                                                                                                                                                   | DARF 06 2019 UTI MIRANDOP OLIS<br><br><b>DARF válido para pagamento até 19/07/2019</b><br>Domicílio tributário do contribuinte:<br>SAO CARLOS<br><br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b><br>Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4 |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                           | 922,64             |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                                                                                                                                                                                                               | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69                                                                                                                                                                                                | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>10</b> VALOR TOTAL                                                                                                                                                                                                                                  | 922,64             |

85600000009-6 22640064920-9 01453494610-9 00105619181-8

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr Oswaldo Brandt Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

18/07/2019  
 211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.09  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| CODIGO DO PAGAMENTO    | 2305           |
| COMPETENCIA            | 06/2019        |
| IDENTIFICADOR          | 45349461000889 |
| DATA DO PAGAMENTO      | 18/07/2019     |
| VALOR DO INSS          | 7.381,24       |
| VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00           |
| VALOR ATM/JUROS/MULTA  | 0,00           |
| VALOR TOTAL            | 7.381,24       |

=====

DOCUMENTO: 071810

AUTENTICACAO SISBB: C.298.84F.EED.548.5E0

\*\*\*\*\* VIA EMPREGADOR \*\*\*\*\*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.09  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

=====

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| CODIGO DO PAGAMENTO    | 2305           |
| COMPETENCIA            | 06/2019        |
| IDENTIFICADOR          | 45349461000889 |
| DATA DO PAGAMENTO      | 18/07/2019     |
| VALOR DO INSS          | 7.381,24       |
| VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00           |
| VALOR ATM/JUROS/MULTA  | 0,00           |
| VALOR TOTAL            | 7.381,24       |

=====

DOCUMENTO: 071810

AUTENTICACAO SISBB: C.298.84F.EED.548.5E0

\*\*\*\*\* VIA CONTRIBUINTE \*\*\*\*\*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



Mina

1ª Via - INSS 2ª Via - CONTRIBUINTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                            |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS<br/>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS<br/>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>                                                                |            | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO    | 2305               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 4 - COMPETÊNCIA            | 06/2019            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 5 - IDENTIFICADOR          | 45.349.461/0008-89 |
| <p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br/><b>CNPJ 45.349.461/0008-89</b><br/>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL<br/>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08<br/>JARDIM ARIANO<br/>LINS SP<br/>CEP 16400-400</p>                                                                                                               |            | 6 - VALOR DO INSS          | 7.381,24           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 7 -                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 8 -                        |                    |
| 2 - VENCIMENTO<br>(Uso exclusivo INSS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 19/07/2019 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00               |
| <p>ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p> |            | 10 - ATM/MULTA E JUROS     | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 11 - TOTAL                 | 7.381,24           |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                            |                    |

1ª Via - INSS 2ª Via - CONTRIBUINTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                            |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS<br/>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS<br/>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>                                                               |            | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO    | 2305               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 4 - COMPETÊNCIA            | 06/2019            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 5 - IDENTIFICADOR          | 45.349.461/0008-89 |
| <p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br/><b>CNPJ 45.349.461/0008-89</b><br/>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL<br/>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08<br/>JARDIM ARIANO<br/>LINS SP<br/>CEP 16400-400</p>                                                                                                               |            | 6 - VALOR DO INSS          | 7.381,24           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 7 -                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 8 -                        |                    |
| 2 - VENCIMENTO<br>(Uso exclusivo INSS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 19/07/2019 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00               |
| <p>ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.</p> |            | 10 - ATM/MULTA E JUROS     | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            | 11 - TOTAL                 | 7.381,24           |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                            |                    |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

18/07/2019  
211

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611425003633359400002034312679550000027850

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 71.811     |
| NOSSO NUMERO       | 6114500363 |
| CONVENIO           | 00000000   |
| DATA DE VENCIMENTO | 19/07/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 18/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 278,50     |
| VALOR COBRADO      | 278,50     |

=====

NR.AUTENTICACAO 1.F74.7FA.A5C.3E3.EF3

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



DUPATRI HOSPITALAR COM  
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081  
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

1

Nº 1009887  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0604 0278 9400 0326 5500 1001 0098 8712 3792 2650

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152192248247663 04/06/2019 23:20:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

04/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

23:18

FATURA / DUPLICATA

001 19/07/2019 278,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

232,07

VALOR DO ICMS

27,85

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

278,50

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

278,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
VEÍCULO PROPRIO

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO  
AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO  
CATALAO

UF  
GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

2,20

PESO LÍQUIDO

2,20

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                       | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 943    | APRESOLINA 25MG C/20DRG - NOVARTIS (Lote: 1901589, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2020)     | 30049069 | 020 | 6108 | CX   | 2      | 5,7500   | 11,50   | 9,58    | 1,15   |       | 12,00   |        |
| 23960  | RANITIDINA 120/2ML GEN -TEUTO (Lote: 2660-1019, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2021)        | 30049059 | 520 | 6108 | CX   | 1      | 72,0000  | 72,00   | 60,00   | 7,20   |       | 12,00   |        |
| 27701  | DIMORF 1MG/ML 50/2ML EST-CRISTALIA A1 (Lote: 18090160, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2020) | 30044990 | 020 | 6108 | CX   | 1      | 195,0000 | 195,00  | 162,49  | 19,50  |       | 12,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITENS 1,3 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015

ITENS 1,3

ITENS 1,3

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 12,39

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 27,85, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 27,85

Pedido: 1073429

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Redespacho....: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 05/06/19  
ASS. *lms*  
Convenio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo - Despesa - Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0014

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

-----

74891116202838903021502213581073479560000010990

BENEFICIARIO:

F B BABETO ME

NOME FANTASIA:

F B BABETO ME

CNPJ: 14.508.613/0001-49

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.201

DATA DE VENCIMENTO 20/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 109,90

DESCONTO/ABATIMENTO 10,00

VALOR COBRADO 99,90

=====

NR.AUTENTICACAO 3.29D.486.D5D.85B.942

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

F.B. BABETO ME

RUA NOVE DE JULHO, 784 - CEP:16800-000-Mirandópolis(SP)

IE : 449019473114

CNPJ 14.508.613/0001-49

Nota Fiscal de Serviço de

Modelo 21 - Série 79

Nº 000000013

Emissão: 01/07/2019

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO

R. DR EDGAR RAIMUNDO DA COSTA, 585

16800-000 CENTRO Mirandópolis SP

Nº de Referencia: 02825  
CNPJ/CPF: 45349461000102  
Inscrição Estadual I SENTO

| Base do Cálculo do ICMS | ICMS | Isenta e Não Tributada | Outros | Valor Total |
|-------------------------|------|------------------------|--------|-------------|
| 0,00                    | 0,00 | 109,90                 | 0,00   | 109,90      |

Chave de Codificação Digital

b758.eed7.ce89.2db0.13d8.d4ad.c545.930f

Situação do documento fiscal

| SEQ.                                                                                                                                                                                                                                  | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / PRODUTOS    | VALOR TOTAL | BASE DE CÁLCULO ICMS | ALÍQUOTA ICMS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------------|---------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                     | (MIR) FIT FIBRA EMPRESARIAL 10 MEGAS | 109,90      | 0,00                 | 0,00          |
| <p>Convênio nº 0107/2017<br/>Termo Aditivo nº 001/2019<br/>Fonte de Recurso Estadual<br/>Secretaria de Estado da Saúde<br/>UGE 090196 - Hospital Estadual<br/>"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br/>Tipo Despesa. Custeio</p> |                                      |             |                      |               |

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399862915103300000403587001011179560000118420

BENEFICIARIO:

HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE

NOME FANTASIA:

HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE

CNPJ: 02.786.436/0001-83

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.202

DATA DE VENCIMENTO 20/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.184,20

VALOR COBRADO 1.184,20

=====

NR.AUTENTICACAO D.136.B87.7B5.714.4DE





HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD  
Nº TR I.TDA  
RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO  
17015-022 BAURU SP  
Telefone(14) 3366-6900

DANFE  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 43665  
Série 0  
FL 1/1



CHAVE DE ACESSO  
3519 0602 7864 3600 0183 5500 0000 0436 6510 5778 0787

NATUREZA DE OPERAÇÃO  
VENDAS MERC.AD/REC.TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL 209248284110 INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 02.786.436/0001-83

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  
135190402822774 05/06/2019 17:05:16

#### DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02 DATA DE EMISSÃO 05/06/2019  
ENDEREÇO RUA 7 DE SETEMBRO, 529 BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 16200-000  
MUNICÍPIO BILAC FONE/FAX (14) 3532-5198 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA SAÍDA / ENTRADA 17:04

FATURA  
0 - A vista 20/07/2019 1.184,20  
1 - A prazo 1

#### CÁLCULO DO IMPOSTO

|                           |                      |                                     |                                 |                   |                                             |                                   |
|---------------------------|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO ICMS 0,00 | VALOR ICMS 0,00      | BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 | VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00    | VALOR FCP-ST 0,00 | VLR APROX TRIBUTOS (LEI 12.741/2012) 373,02 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.184,20 |
| VALOR DO FRETE 0,00       | VALOR DO SEGURO 0,00 | DESCONTO 0,00                       | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 | VALOR DO IPI 0,00 |                                             | VALOR TOTAL DA NOTA 1.184,20      |

#### TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                       |                       |             |                                 |                  |                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|---------------------------------|------------------|-------------------------|
| RAZÃO SOCIAL NOROESTE EXPRESS LOGISTICA E TRANSP LTDA | FRETE POR CONTA 0-CIF | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO                   | UF SP            | CNPJ/CPF 20762390000144 |
| ENDEREÇO RUA JOAQUIM ANACLETO BUENO, 2-50             | MUNICÍPIO BAURU       | UF SP       | INSCRIÇÃO ESTADUAL 209552434112 |                  |                         |
| QUANTIDADE 2                                          | ESPÉCIE VOL           | MARCA       | NUMERAÇÃO                       | PESO BRUTO 7,000 | PESO LÍQUIDO 7,000      |

#### DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO DOS PRODUTOS | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                       | NCM/SH   | CRT | CST | CFOP | UN | QTDE  | VLR UNITÁRIO | VLR TOTAL | DESC. | BC ICMS | VLR ICMS | VLR IPI | Aliq ICMS | Aliq IPI |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|-----|------|----|-------|--------------|-----------|-------|---------|----------|---------|-----------|----------|
| 53                  | KABIVEN 900 KCAL / 1026 ML<br>Lote 10MI7569 Val 30-08-20 Qtd 5,00<br>Vlr aprox. tributos RS 373,02 (31,5000%<br>Conf. Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1 | 30049099 | 3   | 060 | 5405 | UN | 5,000 | 236,8400     | 1.184,20  |       |         |          |         |           |          |

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 07/06/19  
ASS. *10my*

#### CÁLCULO DO ISSQN

|                            |                          |                          |                |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL / CNAE | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|

#### DADOS ADICIONAIS

|                      |                    |                           |                             |                     |                    |
|----------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|
| ICMS Desonerado 0,00 | ICMS FCP p/UF dest | Vlr ICMS Inter. p/destino | Vlr ICMS Inter. p/remetente | Vlr IPI devol. 0,00 | RESERVADO AO FISCO |
|----------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|

Ind. presença 3=Operação não presencial, Teleatendimento

PEDIDO PASSADO POR MICHELE-CONS E DIG POR DRIELY ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 CENTRO MIRANDÓPOLIS/SP CEP: 16800-00-MONTADO E FAT POR LEANDRO.

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23793398039917900001553002935707679590000171555

BENEFICIARIO:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P

NOME FANTASIA:

SUPERMED

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 72.301     |
| DATA DE VENCIMENTO | 23/07/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 23/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.715,55   |
| VALOR COBRADO      | 1.715,55   |

=====

NR.AUTENTICACAO A.A5C.2DF.6F4.E26.C8B

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



DANFE

Supermed

**SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**  
8

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

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 318851  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3188 5110 0117 3862

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193320063093 11/06/2019 18:19:32

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA DE ENTRADA EM SAÍDA

11 JUN 2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 23/07/2019 1.715,55

## CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.715,55                | 205,87          | 0,00                       | 0,00                       | 1.715,55                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 1.715,55                 |

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

| NOME / RAZÃO SOCIAL                   | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF         | CNPJ/CPF           |
|---------------------------------------|-----------------|-------------|------------------|------------|--------------------|
| ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA   | 0 - DO EMITENTE |             |                  |            | 01125797000540     |
| ENDEREÇO                              | MUNICÍPIO       | UF          | UF               | UF         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090, | POUSO ALEGRE    | MG          | MG               | MG         | 5250929840006      |
| QUANTIDADE                            | ESPÉCIE         | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO       |
| 5                                     | CAIXA           |             |                  | 16,72      | 16,72              |

## DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                  | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 26077  | LUFBEH GTS 10ML -NATULAB LT 117064 (20)05/20 (Lote: 117064, Qtde: 20, Dt Val: 30/05/2020)                        | 30049099 | 000 | 6108 | FR   | 20     | 0,9500   | 19,00   | 19,00   | 2,28   |       | 12,00   |        |
| 24586  | BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-WASSER FARMA LT WFF19054 (2)02/23 (Lote: WFF19054, Qtde: 2, Dt Val: 28/02/2023)    | 30049045 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 61,1000  | 122,20  | 122,20  | 14,66  |       | 12,00   |        |
| 14491  | HEMOFOL 5.000UI 25AMP 0,25ML-CRISTALIA LT 19010276 (5)01/21 (Lote: 19010276, Qtde: 5, Dt Val: 30/01/2021)        | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 5      | 118,7580 | 593,79  | 593,79  | 71,25  |       | 12,00   |        |
| 27326  | NISTATINA+OXIDO ZINCO POM 60G GEN-GERMED LT T0659 (6)03/21 (Lote: T0659, Qtde: 6, Dt Val: 30/03/2021)            | 30049099 | 500 | 6108 | TB   | 6      | 6,2650   | 37,59   | 37,59   | 4,51   |       | 12,00   |        |
| 6876   | CLOR.DE SODIO 0,9% 200AMP 10ML PL-ISOFARMA LT 9030467 (3)03/21 (Lote: 9030467, Qtde: 3, Dt Val: 25/03/2021)      | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 3      | 34,2200  | 102,66  | 102,66  | 12,32  |       | 12,00   |        |
| 12772  | FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR A1 LT AS16418 (2)10/20 (Lote: AS16418, Qtde: 2, Dt Val: 30/10/2020) | 30045090 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 152,3550 | 304,71  | 304,71  | 36,57  |       | 12,00   |        |
| 13324  | MIDAZOLAM 50MG 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR B1 LT AP20518 (1)09/20 (Lote: AP20518, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2020)     | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 296,2200 | 296,22  | 296,22  | 35,55  |       | 12,00   |        |

RECEBIDO 12/06/19  
ASS. \_\_\_\_\_  
RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

Mercadorias avariadas, ou faltas  
serão repostas se forem relacionadas  
do conhecimento de transportes.

## DADOS ADICIONAIS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI PROMISSÃO - CONVÊNIO 0107/2017# R 14/15...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 102,93

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 291808

End. Entrega: AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG

16041314341222200000007304445.

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

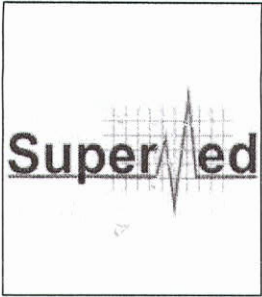
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota..... 3 Cubagem: 0,03

PERECÍVEL  
URGENTE





**SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**  
8

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 318851  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3188 5110 0117 3862

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193320063093 11/06/2019 18:19:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                  | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 13023  | BR.PANCURONIO 2MG/ML 50AMP 2ML IV GEN-NO-<br>VAFARMA 2 A 8 LT 78MI2611 (1)09/20 (Lote:<br>78MI2611, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2020) | 30049069 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 239,3800 | 239,38  | 239,38  | 28,73  |       | 12,00   |        |

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 12/06/19  
ASS. *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 004/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23793398039917900001557002935708179590000118674

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

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 72.302     |
| DATA DE VENCIMENTO | 23/07/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 23/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.186,74   |
| VALOR COBRADO      | 1.186,74   |

=====

NR.AUTENTICACAO F.2D5.F92.16B.956.65A

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Supermed

SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA  
8

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

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

Nº 318876  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3188 7610 0070 1694

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193320167964 11/06/2019 19:53:08

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA SAÍDA  
12 JUN 2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 23/07/2019 1.186,74

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                     |                         |                                    |                                    |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>1.186,74 | VALOR DO ICMS<br>90,10  | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>1.186,74 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR TOTAL DO IPI<br>0,00           |
|                                     |                         |                                    |                                    | VALOR TOTAL DA NOTA<br>1.186,74      |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO  
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,

MUNICÍPIO  
POUSO ALEGRE

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

10

ESPÉCIE  
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

51,80

PESO LÍQUIDO

51,80

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                               | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 16680  | CATETER IV 20G C/50-SOLIDOR LT 11709E (1)-08/22 (Lote: 11709E, Qtde: 1, Dt Val: 30/-08/2022)                  | 90183924 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 25,0900  | 25,09   | 25,09   | 1,00   |       | 4,00    |        |
| 21545  | INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/200-VITAL LT 180902 (1)09/23 (Lote: 180902, Qtde: 1, Dt Val: 02/09/2023)        | 90189010 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 112,5700 | 112,57  | 112,57  | 4,50   |       | 4,00    |        |
| 25819  | ALGODAO 500G ROLO-NATHY LT 219 (2)02/24 (Lote: 219, Qtde: 2, Dt Val: 28/02/2024)                              | 30059090 | 000 | 6108 | RL   | 2      | 8,2600   | 16,52   | 16,52   | 1,98   |       | 12,00   |        |
| 24472  | PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25-OML-FBM LT C18A107 (10)08/20 (Lote: C18A1-07, Qtde: 10, Dt Val: 30/08/2020)     | 33069000 | 000 | 6108 | FR   | 10     | 4,3770   | 43,77   | 43,77   | 5,25   |       | 12,00   |        |
| 13434  | AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57119011 (10)01/24 (Lote: 57119011, Qtde: 10, Dt Val: 30/01/2024)            | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 10     | 5,4740   | 54,74   | 54,74   | 2,19   |       | 4,00    |        |
| 24435  | AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 790M4 (2)02/23 (Lote: 790M4, Qtde: 2, Dt Val: 29/02/2024)                         | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 5,0400   | 10,08   | 10,08   | 0,40   |       | 4,00    |        |
| 21897  | AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 638M4 (2)02/-24 (Lote: 638M4, Qtde: 2, Dt Val: 28/02/2024)                       | 90183219 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 5,0400   | 10,08   | 10,08   | 0,40   |       | 4,00    |        |
| 22900  | LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20-0-TKL LT Z2A365B7 (2)01/24 (Lote: Z2A36-5B7, Qtde: 2, Dt Val: 01/01/2024) | 90183999 | 200 | 6108 | CX   | 2      | 32,5950  | 65,19   | 65,19   | 2,61   |       | 4,00    |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

.# R 41 B 3...

ITENS 1 a 2,5 a 10 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 123,52

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 291765

End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG

16041314341222200000007304445.

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota....: 3 Cubagem: 0,36

RESERVADO AO FISCO

AKHB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 13/06/19  
10ms  
ASS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandão" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

Mercadorias avariadas e/ou faltas  
só serão repostas se forem relacionadas  
ao conhecimentos do transportes.



Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000077335185101041679590000063875

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.303

DATA DE VENCIMENTO 23/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 638,75

VALOR COBRADO 638,75

=====

NR.AUTENTICACAO 4.E47.CF7.CA6.015.5B8



Supermed

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 13680  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0136 8010 0069 8743

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda de Merc. Adm. Terc.

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
183.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

12 JUN 2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 23/07/2019 638,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

638,75

VALOR DO ICMS

114,98

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

638,75

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

638,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOOME / RAZÃO SOCIAL  
AT/VA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

SP

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

3

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

3,47

PESO LÍQUIDO

3,47

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                             | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 13583  | CATETER IV 22G C/100 S/-<br>FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA013I (1) 08/20-<br>23 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA013I,<br>Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2018, Data<br>Val: 31/08/2023) | 90183929 | 200 | 5102 | CX   | 1      | 56,0000 | 56,00   | 56,00   | 10,08  |       | 18,00   |        |
| 22463  | MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-TALGE LT<br>OTMTW033 (4) 08/2022 (Fornecedor: 4, Lote:<br>OTMTW033, Qtde: 4, Data Fab: 01/08/2017,<br>Data Val: 01/08/2022)               | 63079010 | 200 | 5102 | PCT  | 4      | 3,9075  | 15,63   | 15,63   | 2,81   |       | 18,00   |        |
| 10732  | SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT<br>1119013 (1) 01/2024 (Fornecedor: 2080, Lo-<br>te: 1119013, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/201-<br>9, Data Val: 30/01/2024)          | 90183929 | 200 | 5102 | CX   | 1      | 33,2300 | 33,23   | 33,23   | 5,98   |       | 18,00   |        |
| 14684  | LUVA P/ TOQ.INDIV.TRANSP.C/100-LUPLAST LT<br>1005 (3) 06/2022 (Fornecedor: 8072, Lote:<br>1005, Qtde: 3, Data Fab: 01/06/2018, Data<br>Val: 01/06/2022)                     | 39262000 | 000 | 5102 | PCT  | 3      | 6,1467  | 18,44   | 18,44   | 3,32   |       | 18,00   |        |
| 23064  | EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR<br>LT SERAAA0012 (2) 01/2024 (Fornecedor: 91-<br>8, Lote: SERAAA0012, Qtde: 2, Data<br>Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)      | 90189099 | 200 | 5102 | PCT  | 2      | 17,9000 | 35,80   | 35,80   | 6,44   |       | 18,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017 Total de volumes: 3. Rota R1 possui 3  
volume(s) #R1V1R1V2..

Pedido: 13849

End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL

Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL  
PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota.....: 3 Cubagem: 0,05

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 13/06/19  
ASS. *Romy*

MERCADORIA AVARIADAS E/OU  
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE  
FOREM RELACIONADAS NO  
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090198 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



# Supermed

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAÍDA

1

Nº 13680  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0136 8010 0069 8743

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135190418443756 11/06/2019 20:22:55

CNPJ

11.206.099/0004-41

### DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                            | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 11067  | ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT<br>J5118S06AAAA (6) 07/2020 (Fornecedor: 208-<br>0, Lote: 35118S06AAAA, Qtde: 6 ,Data Fab:<br>01/08/2018, Data Val: 31/07/2020) | 90181100 | 200 | 5102 | PCT  | 6      | 11,7450  | 70,47   | 70,47   | 12,69  |       | 18,00   |        |
| 22958  | COL.UR.2000ML SF C/VALV C/40-DESCARPACK LT<br>SBUAAA0015 (1) 11/2023 (Fornecedor: 918,<br>Lote: SBUAAA0015, Qtde: 1 ,Data Fab: 20/0-<br>2/2019, Data Val: 30/11/2023)      | 39269030 | 700 | 5102 | CX   | 1      | 101,0000 | 101,00  | 101,00  | 18,18  |       | 18,00   |        |
| 23463  | FILTRO BACTER./VIRAL AD.C/TRAQ.-BRMED<br>REF.880530.10 (Fornecedor: 1854, Lote: 18-<br>0975, Qtde: 50 ,Data Fab: 18/12/2018, Data<br>Val: 18/12/2023)                      | 90192010 | 200 | 5102 | UND  | 50     | 6,1636   | 308,18  | 308,18  | 55,48  |       | 18,00   |        |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090308371800100000117176179600000214400

BENEFICIARIO:

MEDC X E CIRURGICOS LTDA - EPP

NOME FANTASIA:

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 16.610.451/0001-80

SACADOR AVALISTA:

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 16.610.451/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.304

NOSSO NUMERO 30837180000000117

CONVENIO 03083718

DATA DE VENCIMENTO 24/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.144,00

VALOR COBRADO 2.144,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.9C9.FF4.B36.C20.F0D

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Miracópolis  
Tipo Despesa. Custeio

RECEBEMOS DE MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.

NF-e

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº: 527

SÉRIE: 1

## MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP

Rua Caldas Novas, 50 - Bethaville I

Barueri - SP

CEP: 06404-301

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº: 527

Série: 1  
FOLHA 1 / 1

## CONTROLE DO FISCO



## CHAVE DE ACESSO

3519 0616 6104 5100 0180 5500 1000 0005 2710 3346 9031

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

## PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190427860989 14/06/2019 15:52:45

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

206488140110

## INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

## CNPJ / CPF

16.610.451/0001-80

## DESTINATÁRIO / REMETENTE

## NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

## CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

## DATA EMISSÃO

14/06/2019 15:47:18

## ENDEREÇO

Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03

## BAIRRO / DISTRITO

Jardim Ariano

## CEP

16400-400

## DATA SAÍDA / ENTRADA

## MUNICÍPIO

Lins

## FONE / FAX

## UF

SP

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

## HORA SAÍDA / ENTRADA

## FATURA / PARCELA

## CÁLCULO DO IMPOSTO

## BASE DE CÁLCULO DO ICMS

R\$ 2.144,00

## VALOR DO ICMS

R\$ 385,92

## BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.

R\$ 0,00

## VALOR DO ICMS SUBST.

R\$ 0,00

## VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

R\$ 2.144,00

## VALOR DO FRETE

R\$ 0,00

## VALOR DO SEGURO

R\$ 0,00

## DESCONTO

R\$ 0,00

## OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

R\$ 0,00

## VALOR TOTAL DO IPI

R\$ 0,00

## VALOR TOTAL DA NOTA

R\$ 2.144,00

## TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

## NOME / RAZÃO SOCIAL

## FRETE POR CONTA

0-REMETENTE

## CÓDIGO ANTT

## PLACA DO VEICULO

## UF

## CNPJ / CPF

## ENDEREÇO

## MUNICÍPIO

## UF

## INSCRIÇÃO ESTADUAL

## QUANTIDADE

## ESPÉCIE

## MARCA

## NUMERAÇÃO

## PESO BRUTO

0,0000

## PESO LÍQUIDO

0,0000

## DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS           | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID | QUANT. | V. UNITÁRIO | V. TOTAL | BC ICMS  | VALOR  |      | ALÍQUOTA % |      |
|--------|---------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|-------------|----------|----------|--------|------|------------|------|
|        |                                             |          |     |      |      |        |             |          |          | ICMS   | IPI  | ICMS       | IPI  |
| 0732   | ENOXAPARINA 60 MG LT: 540707A - VAL 01/2020 | 30049099 | 000 | 5102 | UN   | 14     | 21,0000     | 294,00   | 294,00   | 52,92  | 0,00 | 18,00      | 0,00 |
| 0479   | ALTEPLASE 50mg LOTE: 805685 VAL: 05/2021    | 30049099 | 000 | 5102 | UN   | 1      | 1850,0000   | 1.850,00 | 1.850,00 | 333,00 | 0,00 | 18,00      | 0,00 |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

## CÁLCULO DO ISSQN

## INSCRIÇÃO MUNICIPAL

## VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

## BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

## VALOR DO ISSQN

## DADOS ADICIONAIS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Informações complementares de interesse do Contribuinte:  
 PAGAMENTO BOLETO PARA 24/07/2019  
 ENDEREÇO DE ENTREGA:  
 AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585  
 MIRANDÓPOLIS  
 UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017

## RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
 RECEBIDO 17/06/19  
 ASS. *[Assinatura]*



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399168274900000000700434901013179610000045000

BENEFICIARIO:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

NOME FANTASIA:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

CNPJ: 00.841.936/0001-45

PAGADOR:

ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|               |        |
|---------------|--------|
| NR. DOCUMENTO | 72.501 |
|---------------|--------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 25/07/2019 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 25/07/2019 |
|-------------------|------------|

|                    |        |
|--------------------|--------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 450,00 |
|--------------------|--------|

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR COBRADO | 450,00 |
|---------------|--------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 7.A1C.02E.030.562.3D6 |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

RECEBEMOS DE PASSARELLI & MOMESSO IMPRESSÕES LTDA. - EPP, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº 000.003.974

SÉRIE: 1



SANTO ANTONIO FORMULÁRIOS  
Formulários Contínuos  
Formulários Planos  
Bobinas para P. D. V.

PASSARELLI & MOMESSO IMPRESSÕES LTDA. - EPP  
**Fone/Fax: (18) 3701-1151**  
E-mail: santoantonioformularios@hotmail.com  
Rua Rafael Pereira, 619 - Centro  
CEP 16800-000 - Mirandópolis - SP

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO  
35190600841936000145 55001 000003974 100003974-6

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº 003.974

SÉRIE 1.  
FOLHA 1 de 1.

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDAS

DADOS DA NF-e

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
449.000.763.111

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBU.

CNPJ  
00.841.936/0001-45

NOME/RAZÃO SOCIAL  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
27/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
CENTRO

CEP  
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA  
27/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
(14)3532-5198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
ISENTO

HORA DA SAÍDA  
09:06

| FATURA/DUPPLICATA |            |        |        |            |       |        |            |       |
|-------------------|------------|--------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| NÚMERO            | VENCIMENTO | VALOR  | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR | NÚMERO | VENCIMENTO | VALOR |
| 003974A           | 25/07/2019 | 450,00 |        |            |       |        |            |       |

| CÁLCULO DO IMPOSTO      |                 |          |                            |                            |  |                          |  |  |
|-------------------------|-----------------|----------|----------------------------|----------------------------|--|--------------------------|--|--|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   |          | BASE DE CÁLCULO ICMS ST    | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |  |  |
| 0,00                    | 0,00            |          | 0,00                       | 0,00                       |  | 450,00                   |  |  |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI         |  | VALOR TOTAL DA NOTA      |  |  |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00     | 0,00                       | 0,00                       |  | 450,00                   |  |  |

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA  
0 - EMITENTE  
1 - DESTINATÁRIO

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE  
1

ESPÉCIE  
VOLUME

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

| DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                               |                                 |          |     |      |       |        |                |             |               |            |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------|-----|------|-------|--------|----------------|-------------|---------------|------------|-----------|
| COD. PROD.                                                                                                                                                                                                                                | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS | NCM/SH   | CST | CFOP | UNID. | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B. CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI |
| 003                                                                                                                                                                                                                                       | SISTEMATIZACAO DE ENFERMAGEM    | 49111090 | 040 | 5101 | BLS   | 20,00  | 22,500         | 450,00      | 0,00          | 0,00       | 0,0       |
| <div>Convênio nº 0107/2017<br/>Termo Aditivo nº 001/2019<br/>Fonte de Recurso Estadual<br/>Secretaria de Estado de Saúde<br/>UGE 090196 - Hospital Estadual<br/>"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br/>Tipo Despesa. Custeio</div> |                                 |          |     |      |       |        |                |             |               |            |           |

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL  
Não gera direito a crédito fiscal de IPI  
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017

RESERVADO AO FISCO  
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 27/06/2019  
ASS. *[assinatura]*

Economizel!

Utilize DANFE em Formulário Contínuo.

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL  
-----

00190000090171153600100723242178979610000060890

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0004-91

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02  
-----

NR. DOCUMENTO 72.502

NOSSO NUMERO 17115360000723242

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 25/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 25/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 608,90

VALOR COBRADO 608,90  
=====

NR.AUTENTICACAO C.CD9.A31.492.AD2.5A6

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Identificação do emitente</b><br><br><b>COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA</b><br>PRAÇA EMILIO MARCONATO N 1000 GALPAO G22 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP<br>CEP 13916-074 - 1935225800 |  | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA 1 - SAÍDA<br>Nº. 1174699 FL 1 / 1<br>SÉRIE 1 |  | <br>CHAVE DE ACESSO<br>3519 0667 7291 7800 0491 5500 1001 1746 9917 8955 2412<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135190452626663 25/06/2019 17:48:32 |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA DENTRO ESTADO                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>395060142110                                                                                          |  | INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO<br>CNPJ<br>67.729.178/0004-91                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

|                                                                                              |  |                                    |  |                                     |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE<br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |  | CNPJ / CPF<br>45.349.461/0001-02   |  | DATA DA EMISSÃO<br>25/06/2019       |  |
| ENDEREÇO<br>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303                                                     |  | BAIRRO / DISTRITO<br>JARDIM ARIANO |  | CEP<br>16400-400                    |  |
| MUNICÍPIO<br>LINS                                                                            |  | FONE / FAX<br>1836591243           |  | UF<br>SP                            |  |
|                                                                                              |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL                 |  | DATA DA ENTRADA/SAÍDA<br>25/06/2019 |  |
|                                                                                              |  |                                    |  | HORA DE SAÍDA                       |  |

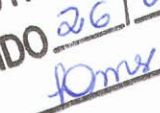
| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR  | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|----------------|------------|--------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 1174699/1      | 25/07/2019 | 608,90 |                |            |       |                |            |       |

|                    |  |                         |  |                   |  |                            |  |                          |  |                          |  |
|--------------------|--|-------------------------|--|-------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| CÁLCULO DO IMPOSTO |  | BASE DE CÁLCULO DO ICMS |  | VALOR DO ICMS     |  | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST |  | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |  |
|                    |  | 608,90                  |  | 109,60            |  | 0,00                       |  | 0,00                     |  | 608,90                   |  |
| VALOR DO FRETE     |  | VALOR DO SEGURO         |  | VALOR DO DESCONTO |  | OUTRAS DESPESAS            |  | VALOR DO IPI             |  | VALOR TOTAL DA NOTA      |  |
| 0,00               |  | 0,00                    |  | 0,00              |  | 0,00                       |  | 0,00                     |  | 608,90                   |  |

|                                                                                                 |  |                                              |  |             |  |                                    |  |                     |  |                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|-------------|--|------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------------|--|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS<br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br>NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. |  | FRETE POR CONTA<br>0 - Por conta do emitente |  | CÓDIGO ANTT |  | PLACA DO VEÍCULO                   |  | UF                  |  | CNPJ<br>15.066.184/0001-60 |  |
| ENDEREÇO<br>RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA                                                      |  | MUNICÍPIO<br>SAO JOSE DO RIO PRETO           |  | UF<br>SP    |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>647598751114 |  |                     |  |                            |  |
| QUANTIDADE<br>3,00                                                                              |  | ESPÉCIE<br>VOLUME(S)                         |  | MARCA       |  | NÚMERO<br>0,00106                  |  | PESO BRUTO<br>5,014 |  | PESO LÍQUIDO<br>5,014      |  |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS |                                                                                      |          |     |      |    |        |                |             |              |            |           |                |               |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| CÓDIGO                        | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                          | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
| 015611                        | ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1MT (NEVE) L: 245 Q: 36,0000 V: 01/03/2024                 | 30051090 | 000 | 5102 | RO | 36,00  | 0,7617         | 27,42       | 27,42        | 4,94       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 029144                        | TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEX021 Q: 400,0000 V: 31/12/2023                         | 65069900 | 200 | 5102 | PC | 400,00 | 0,0447         | 17,88       | 17,88        | 3,22       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 030366                        | TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290276 Q: 600,0000 V: 30/11/2020           | 38220090 | 700 | 5102 | TI | 600,00 | 0,5422         | 325,32      | 325,32       | 58,55      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 017487                        | SACCHAROMYCES BOULARDII-17LIOFILIZADO 10 (CIFARMA) L: 1LF05 Q: 36,0000 V: 28/02/2021 | 30049099 | 000 | 5102 | CA | 36,00  | 0,4151         | 14,94       | 14,94        | 2,69       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 024099                        | HIDROCORTISONA 100MG,SUCCINATO SODICO (TEUTO) L: 2595387 Q: 100,0000 V: 30/11/2020   | 30043933 | 000 | 5102 | FA | 100,00 | 2,2334         | 223,34      | 223,34       | 40,20      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |

|                  |  |                                  |  |                                  |  |                                  |  |                        |  |
|------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------|--|
| CÁLCULO DO ISSQN |  | INSCRIÇÃO MUNICIPAL<br>550516029 |  | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS<br>0,00 |  | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN<br>0,00 |  | VALOR DO ISSQN<br>0,00 |  |
|------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | RESERVADO AO FISCO                                                                                                                           |  |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACETAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017Bem/Mercadoria do Cod./Produto 015611 fabricado em escala industrial nao relevante pelo contribuinte NEVE IND E COM DE PRODUTOS CIRURGICOS LTDA, CNPJ 54858014000501. DATA ENTREGA: 26/06/2019 Pedido: 1424782 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1424782 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL |  | AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS<br>RECEBIDO 26/05/2019<br>ASS.  |  |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611678656413359200002034312579610000018325  
BENEFICIARIO:  
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA  
NOME FANTASIA:  
DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR  
CNPJ: 04.027.894/0001-64  
PAGADOR:  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS  
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 72.503     |
| NOSSO NUMERO       | 6116865641 |
| CONVENIO           | 00000000   |
| DATA DE VENCIMENTO | 25/07/2019 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 25/07/2019 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 183,25     |
| VALOR COBRADO      | 183,25     |

=====

NR.AUTENTICACAO D.F6B.846.7AA.3AC.B02

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**DUPATRI HOSPITALAR**  
**COMERCIO IMPORTACAO E**  
**EXPORTACAO LTDA**

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO -  
SANTOS, SP, CEP: 11075330,  
Fone: 13-3228-8700

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 237710  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0604 0278 9400 0164 5500 1000 2377 1010 0073 2917

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190452860409 25/06/2019 19:25:47

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
633.565.182.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0001-64

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

25/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

25/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
19:25

FATURA / DUPLICATA

001 25/07/2019 183,25

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

183,25

VALOR DO ICMS

28,50

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

183,25

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

183,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
O EMITENTE

FRETE POR CONTA  
O - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO  
RUA SAO PAULO, 31

MUNICÍPIO  
SANTOS

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
ISENTO

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

2,00

PESO LÍQUIDO

2,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                       | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 29203  | DOPAMINA 50MG 50/10ML GEN-U.QUIMICA<br>(Lote: 1900864, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2021) | 30049039 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 74,7500 | 74,75   | 74,75   | 8,97   |       | 12,00   |        |
| 30919  | TERBUTIL 50/1ML -UNIAO QUIMICA OL (Lote: 1843140, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2020)      | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 2      | 54,2500 | 108,50  | 108,50  | 19,53  |       | 18,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GERICOSSP 16005/2015

ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 28,50, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 28,50

Pedido: 433031

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 26/06/19**  
**ASS. [assinatura]**

Convênio nº 0107/2017  
Tomo Aditivo nº 001/2019  
Frente de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa, Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611677501063359400002034312579610000036230

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.504

NOSSO NUMERO 6116750106

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 25/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 25/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 362,30

VALOR COBRADO 362,30

=====

NR.AUTENTICACAO 2.332.674.398.332.FBE

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



DUPATRI HOSPITALAR COM  
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, N° 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081  
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 1015738  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0604 0278 9400 0326 5500 1001 0157 3810 0073 9285

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152192300701774 25/06/2019 16:59:48

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

25/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
25/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
16:57

FATURA / DUPLICATA

001 25/07/2019 362,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      |                          |        |
|-------------------------|--------|-----------------|-------|----------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|--------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 301,90 | VALOR DO ICMS   | 36,23 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 362,30 |
| VALOR DO FRETE          | 0,00   | VALOR DO SEGURO | 0,00  | DESCONTO                   |      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI       | 0,00   |
|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      | VALOR TOTAL DA NOTA      | 362,30 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO  
AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO  
CATALAO

UF  
GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
104444304

QUANTIDADE  
1

ESPÉCIE  
CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

0,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                            | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 26473  | HEMOFOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA<br>(Lote: 19010185, Qtde: 3, Dt Val: 31/01/2-021) | 30049099 | 020 | 6108 | CX   | 3      | 120,7667 | 362,30  | 301,90  | 36,23  |       | 12,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 1

ITEM 1

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 21,74

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 36,23, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 36,23

Pedido: 1080323

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 26/06/19  
ASS. *loms*

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:09  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

-----

34191090080494262271512711770003379610000228026

BENEFICIARIO:

BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA

NOME FANTASIA:

BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA

CNPJ: 14.335.544/0001-19

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|               |        |
|---------------|--------|
| NR. DOCUMENTO | 72.505 |
|---------------|--------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 25/07/2019 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 25/07/2019 |
|-------------------|------------|

|                    |          |
|--------------------|----------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 2.280,26 |
|--------------------|----------|

|               |          |
|---------------|----------|
| VALOR COBRADO | 2.280,26 |
|---------------|----------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 4.538.1D3.94A.1F8.36C |
|-----------------|-----------------------|





**BELIVE COMERCIO DE  
PRODUTOS HOSPITALARES  
LTDA**

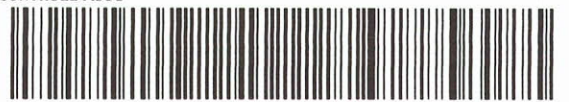
RUA LAURO VANNUCCI, 330  
Bairro: FAZ. STA CANDIDA  
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500  
Fax: (19)3256-0500

**DANFE**  
DOCUMENTO  
AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA **1**  
1 - SAÍDA  
Nº 48.904  
SÉRIE: 0  
FOLHA: 1/2

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3519.0614.3355.4400.0119.5500.0000.0489.0410.1079.7225

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

DADOS DA NF-e

135190413849536 - 10/06/2019 15:29:53

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

795.194.063.113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

14.335.544/0001-19

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

10/06/2019

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16370-000

DATA DA SAÍDA

10/06/2019

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(014)3541-1544

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

15:28:36

FATURA/DUPLICATAS

48904/1 - 25/07/19 - 2280,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 2.280,26                | 273,63          | 0,00                       | 0,00                       | 2.280,26                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI             |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                       | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                            |                            | 2.280,26                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|              |                                                 |             |                  |            |                    |
|--------------|-------------------------------------------------|-------------|------------------|------------|--------------------|
| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA<br>0-EMITENTE<br>1-DESTINATÁRIO | CÓDIGO ANNT | PLACA DO VEÍCULO | UF         | CNPJ/CPF           |
|              | 0                                               |             |                  |            |                    |
| ENDEREÇO     | MUNICÍPIO                                       |             |                  | UF         | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|              |                                                 |             |                  |            |                    |
| QUANTIDADE   | ESPÉCIE                                         | MARCA       | NUMERAÇÃO        | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO       |
| 30           | CAIXAS                                          |             |                  | 352,3000   | 352,3000           |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CODIGO<br>PRODUTO<br>NCMS | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                                                                                                                  | CST<br>CFOP | UNID | QTDE   | VALOR<br>UNITÁRIO | VLR. DESC<br>UNIT<br>/PERC. | VALOR<br>TOTAL | BASE CÁLC.<br>ICMS | VALOR<br>ICMS/ST<br>Cobrável | VALOR<br>IPI | ALÍQ.<br>ICMS | ALÍQ.<br>IPI |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|--------|-------------------|-----------------------------|----------------|--------------------|------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| 2322<br>30049099          | AGUA PARA INJECÃO 10ML CX200 EQUIPLEX<br>Lote: 1930362 - 25/02/2021 Qtde: 8.00<br>Numero da FCI: A69EE5F6-6E1C-4BA1-BAC9-276CB113D674           | 500<br>5102 | CX   | 8,0000 | 27,0400           | 0,0000<br>0,0000 %          | 216,32         | 216,32             | 25,96<br>0,00                | 0,00         | 12,00         | 0,00         |
| 2319<br>30049099          | FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER<br>Lote: PR288R3 - 11/11/2020 Qtde: 7.00<br>Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A | 500<br>5102 | CX   | 7,0000 | 141,1200          | 0,0000<br>0,0000 %          | 987,84         | 987,84             | 118,54<br>0,00               | 0,00         | 12,00         | 0,00         |
| 675<br>30049099           | FISIOLÓGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER<br>Lote: PR286N0 - 02/04/2021 Qtde: 1.00<br>Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24 | 500<br>5102 | CX   | 1,0000 | 104,0000          | 0,0000<br>0,0000 %          | 104,00         | 104,00             | 12,48<br>0,00                | 0,00         | 12,00         | 0,00         |
| 692<br>30049099           | FISIOLÓGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER<br>Lote: PR284S1 - 27/02/2021 Qtde: 6.00<br>Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D  | 500<br>5102 | CX   | 6,0000 | 70,5000           | 0,0000<br>0,0000 %          | 423,00         | 423,00             | 50,76<br>0,00                | 0,00         | 12,00         | 0,00         |
| 704<br>30049099           | FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER<br>Lote: PR286R5 - 05/04/2021 Qtde: 6.00<br>Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F | 500<br>5102 | CX   | 6,0000 | 55,6800           | 0,0000<br>0,0000 %          | 334,08         | 334,08             | 40,09<br>0,00                | 0,00         | 12,00         | 0,00         |
| 2349<br>30049099          | GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER<br>Lote: PR286N5 - 03/10/2020 Qtde: 1.00<br>Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7         | 500<br>5102 | CX   | 1,0000 | 157,0800          | 0,0000<br>0,0000 %          | 157,08         | 157,08             | 18,85<br>0,00                | 0,00         | 12,00         | 0,00         |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA  
HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

RESERVADO AO FISCO

**BOLETO ANEXO**  
**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 12/06/19**  
**ASS. [assinatura]**

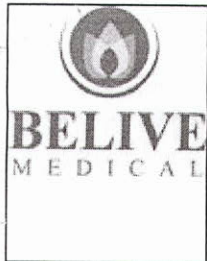
OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

|                                                                                                                                                                        |                                         |                                                                                             |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL<br>EMISSÃO: 10/06/2019 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                                         |            |                                          |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                                                                                    | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT<br>Total NF: 2.280,26 Volume: 30<br>Número Pedido: 1079604 | NF-e<br>Nº: 48904 SÉRIE: 0<br>FOLHA: 2/2 |

|                                                                                                           |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                                                                                                   |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <br><b>BELIVE MEDICAL</b> |                                                                                                                                           | <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b><br><b>BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b><br>RUA LAURO VANNUCCI, 330<br>Bairro: FAZ. STA CANDIDA<br>13087-548 Campinas - SP<br>Fone: (19)3256-0500<br>Fax: (19)3256-0500 |    | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA 1<br>1 - SAÍDA<br>Nº 48.904<br>SÉRIE: 0<br>FOLHA: 2/2 |         | <b>CONTROLE FISCO</b><br><br><b>CHAVE DE ACESSO</b><br>3519.0614.3355.4400.0119.5500.0000.0489.0410.1079.7225<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora<br><b>DADOS DA NF-e</b><br>135190413849536 - 10/06/2019 15:29:53 |                                          |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC                                                  |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                                                                                                   |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>795.194.063.113                                                                     |                                                                                                                                           | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO                                                                                                                                                                                     |    | CNPJ<br>14.335.544/0001-19                                                                                                        |         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                          |
| 1089<br>30049099                                                                                          | GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BOLS BAXTER<br>Lote: PR284L6 - 22/08/2020 Qtde: 1.00<br>Número da FCI: BB2C7443-F4C1-441F-A2B0-7A88B80F0961 | 500<br>5102                                                                                                                                                                                                             | CX | 1,0000                                                                                                                            | 57,9400 | 0,0000<br>0,0000%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 57,94 57,94 6,95<br>0,00 0,00 12,00 0,00 |

|                                                                                                                                                               |                          |                                                                                                                                                                                                                                                |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b>                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL                                                                                                                                           | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN                                                                                                                                                                                                                       | VALOR DO ISSQN |
| <b>DADOS ADICIONAIS</b>                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                                                                                                                                                |                |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" / |                          | RESERVADO AO FISCO<br>Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2019<br>Fonte de Recurso Estadual<br>Secretaria de Estado da Saúde<br>UGE 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo Despesa. Custeio |                |



**CC-e Carta de Correção****Informações da NF-e**

Nº: 48904

Série: 0

Entrada/Saída: S

Data de emissão: 10/06/2019 00:00:00

Protocolo de Autorização: 135190413849536

Data/Hora da Autorização: 10/06/2019 15:29:53

Chave de acesso: 35190614335544000119550000000489041010797225

Destinatário/Remetente: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

Valor Total: R\$ 2.280,26

**Informações da Carta de Correção**

Lote: 2274

Sequencial do evento: 1

Data/Hora do evento: 10/06/2019 15:31:39

**Texto da Carta de Correção**

ITEM 2622 - LOTE: 1930362 - QUANTIDADE CORRETA: 6 CAIXAS. ITEM 2622 - LOTE: 1930562 - QUANTIDADE CORRETA: 2 CAIXAS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

**Condições de Uso da Carta de Correção**

A Carta de Correção é disciplinada pelo parágrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularização de erro ocorrido na emissão de documento fiscal, desde que o erro não esteja relacionado com: I - as variáveis que determinam o valor do imposto tais como: base de cálculo, alíquota, diferença de preço, quantidade, valor da operação ou da prestação; II - a correção de dados cadastrais que implique mudança do remetente ou do destinatário; III - a data de emissão ou de saída.



26/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:19:22  
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 26/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 550.058.000.059.599 |
| VALOR TOTAL           | 934,00              |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TECSEG EQUIP C I M LTDA M  
AGENCIA: 0058-2 CONTA: 59.599-3  
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | A.E68.9AD.CB0.67B.D06 |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS**  
**Secretaria Municipal da Fazenda**  
**Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e**

Número da Nota  
1770

Data de Emissão  
12/07/2019

Data e Hora da  
Competência  
12/07/2019 às 09:59:52

Código de Verificação  
8704-9399-4678

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



**CNPJ** 12.119.494/0001-07 **Cód. Mobiliário** 100166 **Insc. Mun.** 100166  
**Nome** TECSEG EQUIP. CONTRA INC. E MAT. SEG. LTDA - ME **IE** 419085626119  
**Logradouro** RUA-ALVARES DE AZEVEDO **Número** 60  
**Bairro** JARDIM PINHEIRO **CEP** 16400-580  
**Município** LINS **UF** SP

**Autenticação**



**Situação** Optante do Simples Nacional  
**Telefones** (14) 3532-3506  
**E-Mail's**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

**CPF/CNPJ** 45.349.461/0001-02 **IE** ISENTA  
**Inscrição Mun.** 104244 **Cód. Mobiliário** 104244  
**Nome** ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
**E-mail** jvalentim@ahbb.org.br; **Telefone** contabilidade2@ahbb.org.br  
**Inf. Comp.**  
**Logradouro** AVENIDA-JOSE ARIANO RODRIGUES **Número** 303  
**Bairro** JARDIM ARIANO **CEP** 16400-400  
**Município** LINS **UF** SP  
**Complemento** SALA 03 **País** BRASIL

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

| Serviço | Descrição                        | Vlr. Unitário | Qtde | Desconto | Aliq. Tributo (IBPT) | Total  |
|---------|----------------------------------|---------------|------|----------|----------------------|--------|
| 158     | SERVIÇO DE SEGURANÇA DO TRABALHO | 934,0000      | 1,00 | 0,00     | 0,00                 | 934,00 |

Valor Total dos Serviços - **RS934,00**

**INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**VENCIMENTO: 20/07/2019**

**BANCO DO BRASIL**

**AG. 0058-2**

**C/C. 59599-3**

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

**REFERENTE A UTI MIRANDOPOLIS**

**TRIBUTOS**

|                   |                     |                   |                   |                   |                               |                              |
|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <b>PIS (R\$)</b>  | <b>COFINS (R\$)</b> | <b>INSS (R\$)</b> | <b>IR (R\$)</b>   | <b>CSLL (R\$)</b> | <b>Outras Retenções (R\$)</b> | <b>Outros Tributos (R\$)</b> |
| <b>CIDE (R\$)</b> | <b>IOF (R\$)</b>    | <b>IPI (R\$)</b>  | <b>ICMS (R\$)</b> |                   |                               |                              |

**VALOR TOTAL DA NOTA = RS 934,00**

**Atividade**

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

**Operação**

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

**Dedução de Materiais/Equipamentos**

Não

**Responsável pelo imposto**

Prestador dos Serviços

**Situação da Nota Fiscal**

Simples Nacional

**Local do Serviço**

Dentro do Município

|                     |                           |                                      |                                |                          |
|---------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <b>Aliquota (%)</b> | <b>Base de Cál. (R\$)</b> | <b>Vlr. Total das Deduções (R\$)</b> | <b>Vlr. Total Retido (R\$)</b> | <b>Vlr. do ISS (R\$)</b> |
| 4,2700              | 934,00                    | 0,00                                 | 0,00                           | 39,88                    |

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = RS 934,00**

**OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço [www.lins.sp.gov.br](http://www.lins.sp.gov.br)

26/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:05:54  
679006790 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 26/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.062.007.004.231 |
| VALOR TOTAL           | 97.698,03           |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4  
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 0.CF2.9A7.9AC.9FB.1EA |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



26/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:06:54  
679006790 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 26/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.062.007.004.231 |
| VALOR TOTAL           | 154.346,60          |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL  
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4  
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | E.CFA.4D5.42B.65F.B46 |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/08/2019 - AUTOATENDIMENTO - 15.10.10  
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 100.794,90

DEBITO EM: 26/07/2019

=====

DOCUMENTO: 072601

AUTENTICACAO SISBB: D.E2C.6FF.8CF.52A.E19

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da  
NFS-e  
184

|                        |                     |                          |           |                       |           |
|------------------------|---------------------|--------------------------|-----------|-----------------------|-----------|
| Data e Hora da Emissão | 25/07/2019 10:29:58 | Competência              | 25/7/2019 | Código de Verificação | 882270491 |
| Número do RPS          |                     | No. da NFS-e substituída |           | Local da Prestação    | LINS - SP |

Prestador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |               |           |                        |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-----------|------------------------|
| Razão Social/Nome | WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP                   |                     |               |           |                        |
| Nome Fantasia     |                                                                   |                     |               |           |                        |
| CNPJ/CPF          | 26.392.666/0001-26                                                | Inscrição Municipal | 73644         | Município | SAO CARLOS - SP        |
| Endereço e CEP    | RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385 |                     |               |           |                        |
| Complemento       | COND.TRIADE 01 - CJ.408                                           | Telefone            | (16)3419-8647 | e-mail    | wintermedica@gmail.com |

Tomador de Serviço

|                   |                                                                   |                     |  |           |                            |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|--|-----------|----------------------------|
| Razão Social/Nome | ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                       |                     |  |           |                            |
| CNPJ/CPF          | 45.349.461/0001-02                                                | Inscrição Municipal |  | Município | LINS - SP                  |
| Endereço e CEP    | AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400 |                     |  |           |                            |
| Complemento       | SALA 03                                                           | Telefone            |  | e-mail    | contabilidade2@ahbb.org.br |

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS / SP

Plantonistas Coordenação / Diarista

Convênio 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Código do Serviço / Atividade

7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

|                |  |            |  |
|----------------|--|------------|--|
| Código da Obra |  | Código ART |  |
|----------------|--|------------|--|

Tributos Federais

|           |        |              |          |          |          |            |  |            |          |
|-----------|--------|--------------|----------|----------|----------|------------|--|------------|----------|
| PIS (R\$) | 698,10 | COFINS (R\$) | 3.222,00 | IR (R\$) | 1.611,00 | INSS (R\$) |  | CSLL (R\$) | 1.074,00 |
|-----------|--------|--------------|----------|----------|----------|------------|--|------------|----------|

| Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço |            | Outras Informações             | Cálculo do ISSQN devido no Município |                 |
|------------------------------------------------|------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------|
| Valor do Serviço R\$                           | 107.400,00 | Natureza Operação              | Valor do Serviço R\$                 | 107.400,00      |
| (-) Desconto Incondicionado                    | 0,00       | 2-Tributação fora do município | (-) Deduções Permitidas em Lei       | 0,00            |
| (-) Desconto Condicionado                      | 0,00       | Regime Especial Tributação     | (-) Desconto Incondicionado          | 0,00            |
| (-) Retenções Federais                         | 6.605,10   | 0-Nenhum                       | Base de Cálculo                      | 107.400,00      |
| (-) Outras Retenções                           | 0,00       | Opção Simples Nacional         | (x) Alíquota %                       | 2,00            |
| (-) ISSQN Retido                               | 0,00       | 2 - Não                        | ISSQN a Reter                        | ( ) Sim (X) Não |
| (=) Valor Líquido R\$                          | 100.794,90 | Incentivador Cultural          | (=) Valor do ISSQN R\$               | 2.148,00        |
|                                                |            | 2-Não                          |                                      |                 |

Avisos

- 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
- 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://SaoCarlos.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa, Custeio

26/07/19  
211



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:10  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

-----  
34191090080495004271512711770003779620000075000

BENEFICIARIO:

BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA

NOME FANTASIA:

BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA

CNPJ: 14.335.544/0001-19

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----  
NR. DOCUMENTO 72.602

DATA DE VENCIMENTO 26/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 26/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 750,00

VALOR COBRADO 750,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.CB6.024.547.919.C12

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**BELIVE COMERCIO DE  
PRODUTOS HOSPITALARES  
LTDA**

RUA LAURO VANNUCCI, 330  
Bairro: FAZ. STA CANDIDA  
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500  
Fax: (19)3256-0500

**DANFE**  
DOCUMENTO  
AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº 48.968  
SÉRIE: 0  
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



**CHAVE DE ACESSO**

3519.0614.3355.4400.0119.5500.0000.0489.6810.1079.9314

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

**DADOS DA NF-e**

135190417010838 - 11/06/2019 13:58:08

**NATUREZA DA OPERAÇÃO**

5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

795.194.063.113

**INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO**

**CNPJ**

14.335.544/0001-19

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

**NOME / RAZÃO SOCIAL**

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

**CNPJ**

45.349.461/0001-02

**DATA EMISSÃO**

11/06/2019

**ENDEREÇO**

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

**BAIRRO/DISTRITO**

CENTRO

**CEP**

16370-000

**DATA DA SAÍDA**

11/06/2019

**MUNICÍPIO**

Lins

**FONE / FAX**

(014)3541-1544

**UF**

SP

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

**HORA DA SAÍDA**

13:48:35

**FATURA/DUPLICATAS**

48968/1 - 26/07/19 - 750,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

**BASE DE CÁLCULO DO ICMS**

750,00

**VALOR DO ICMS**

135,00

**BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST**

0,00

**VALOR DO ICMS ST**

0,00

**VALOR TOTAL DOS PRODUTOS**

750,00

**VALOR DO FRETE**

0,00

**VALOR DO SEGURO**

0,00

**DESCONTO**

0,00

**OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS**

0,00

**VALOR DO IPI**

0,00

**VALOR TOTAL DA NOTA**

750,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

**RAZÃO SOCIAL**

DULOG TRANSPORTES DE CARGAS EM

**FRETE POR CONTA**

0-EMITENTE  
1-DESTINATÁRIO

**CÓDIGO ANTT**

0

**PLACA DO VEÍCULO**

**UF**

SP

**CNPJ/CPF**

19.729.113/0001-50

**ENDEREÇO**

AVENIDA 19. 746

**MUNICÍPIO**

RIO CLARO

**UF**

SP

**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

587.191.642.115

**QUANTIDADE**

1

**ESPÉCIE**

CAIXA

**MARCA**

**NUMERAÇÃO**

**PESO BRUTO**

0,0000

**PESO LÍQUIDO**

0,0000

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CODIGO<br>PRODUTO<br>NCM/S | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                                                     | CST<br>CFOP | UNID | QTDE   | VALOR<br>UNITÁRIO | VLR. DESC<br>UNIT<br>/PERC. | VALOR<br>TOTAL | BASE CÁLC.<br>ICMS | VALOR<br>ICMS/ST.<br>Cobrável | VALOR<br>IPI | Aliq.<br>ICMS | Aliq.<br>IPI |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|--------|-------------------|-----------------------------|----------------|--------------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|
| 2162<br>30049099           | CERNE 12 POLIVITAMINICO INJ 10AMP BAXTER<br>Lote: LE18C116 - 31/10/2020 Qtde: 3.00 | 200<br>5102 | CX   | 3,0000 | 250,0000          | 0,0000<br>0,0000 %          | 750,00         | 750,00             | 135,00<br>0,00                | 0,00         | 18,00         | 0,00         |

**BOLETO ANEXO**

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

**CÁLCULO DO ISSQN**

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

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

PEDIDO SKYPE ROGERIO - UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL  
136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

**RESERVADO AO FISCAL**

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 13/06/19  
ASS. *[Assinatura]*

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:10  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611592785583359900002034312479620000070230

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.603

NOSSO NUMERO 6115278558

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 26/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 26/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 702,30

VALOR COBRADO 702,30

=====

NR.AUTENTICACAO F.1A0.2F6.795.788.2EF

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





DUPATRI HOSPITALAR COM  
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081  
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAIDA

1

Nº 1012054

SERIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0604 0278 9400 0326 5500 1001 0120 5410 0029 1219

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152192266498154 11/06/2019 21:48:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/06/2019

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

11/06/2019

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

21:45

FATURA / DUPLICATA

001 26/07/2019 702,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

592,52

VALOR DO ICMS

67,61

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

702,30

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

702,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO  
AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO  
CATALAO

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

4,85

PESO LÍQUIDO

4,85

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                       | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 430    | BEROTEC 20ML GTS - BOEHRINGER (Lote: B456-18, Qtde: 10, Dt Val: 31/03/2022)         | 30049039 | 020 | 6108 | FR   | 10     | 5,3700   | 53,70   | 44,75   | 5,37   |       | 12,00   |        |
| 23960  | RANITIDINA 120/2ML GEN -TEUTO (Lote: 2660-1019, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2021)        | 30049059 | 520 | 6108 | CX   | 1      | 72,0000  | 72,00   | 60,00   | 7,20   |       | 12,00   |        |
| 26445  | PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NB0750, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2021) | 30041019 | 020 | 6108 | CX   | 1      | 485,2500 | 485,25  | 404,36  | 48,52  |       | 12,00   |        |
| 35230  | VED CAP MACHO E FEMEA C/200 - CREMER (Lote: 201808, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2021)    | 90189010 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 43,7000  | 43,70   | 43,70   | 1,75   |       | 4,00    |        |
| 23534  | DIPIRONA SODICA 1GR 120/2MLGEN-TEUTO (Lote: 26583745, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2020)  | 30049069 | 520 | 6108 | CX   | 1      | 47,6500  | 47,65   | 39,71   | 4,77   |       | 12,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da  
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITENS 1 a 3,5 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -  
RICMS/GO  
ITEM 4 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013  
ITEM 4 ISENTO DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79  
ITENS 1 a 3,5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
ITENS 1,4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15  
ITENS 2 a 3,5 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015  
ITENS 1,4  
ITENS 1,4  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 9,34  
Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 71,49, federal, R\$ 3,88, Estadual, R\$ 67,61  
Pedido: 1075908  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)  
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.:ISENTO -  
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

ANEXO - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 12/06/19  
Ass. 10my

Convenio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custo



## Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G335032052205084012

03/09/2019 21:56:16

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

Data 29/07/2019 Valor R\$ 1.908,32 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 28, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ANA AUGUSTA FELICIANI NOG, na conta 19.481, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e novecentos e oito reais e trinta e dois centavos)

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 03/09/2019 21:56:16

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

## AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

| AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                      |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| NOTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                                                      |                |
| Nome do empregado<br>ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | Número Carteira Profissional<br>083050               | Série<br>00154 |
| PERÍODOS                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |                                                      |                |
| De Aquisição<br>04/10/2017 A 03/10/2018                                                                                                                                                                                                                                              | De Gozo das Férias<br>01/08/2019 A 30/08/2019 = 30 Dias |                                                      | De Abono       |
| BASE PARA CÁLCULO                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | PROVENTOS E DESCONTOS                                |                |
| Faltas não justificadas: 00                                                                                                                                                                                                                                                          | Férias: 1.572,79 P                                      |                                                      |                |
| Salário Base: 1.343,95                                                                                                                                                                                                                                                               | 1/3 das Férias: 524,26 P                                |                                                      |                |
| Média Horas: 12,91                                                                                                                                                                                                                                                                   | Abono de Férias: 0,00                                   |                                                      |                |
| Média Valores: 16,33                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1/3 do Abono de Férias: 0,00                            |                                                      |                |
| Outras Vantagens: 199,60                                                                                                                                                                                                                                                             | Adicional do Dobro das Férias: 0,00                     |                                                      |                |
| TOTAL BASE CALCULO: 1.572,79                                                                                                                                                                                                                                                         | 1/3 do Dobro das Férias: 0,00                           |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Salário Família: 0,00                                   |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1ª Parcela 13º Salário: 0,00                            |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Desconto da Previdência: 188,73 D                       |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Desconto do imposto de Renda: 0,00                      |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TOTAL DOS PROVENTOS: 2.097,05 P                         |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TOTAL DOS DESCONTOS: 188,73 D                           |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TOTAL LIQUIDO: 1.908,32 P                               |                                                      |                |
| <p>Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 1.908,32 (um mil e novecentos e oito reais e trinta e dois centavos) a ser paga adiantadamente.</p> |                                                         |                                                      |                |
| CIENTE,                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | Data: 02/07/2019                                     |                |
| _____<br>ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | _____<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                |

| RECIBO DE FÉRIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <p>Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.908,32(um mil e novecentos e oito reais e trinta e dois centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.</p> |                                         |
| Data: 30/07/2019<br>MIRANDOPOLIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | _____<br>ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090198 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio





## Aviso de lançamento

G335032052205084012  
03/09/2019 21:56:16

Agência 6790-3  
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO HOSPITALAR BEN

---

Data 29/07/2019 Valor R\$ 3.370,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 28, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a WILLIAN SOUZA SALADINI, na conta 87.139, agência 0295 do banco 001.

(Três mil e trezentos e setenta reais e quarenta e seis centavos)

---

\* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

\* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 03/09/2019 21:56:16

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

## AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

| AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |                                                      |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| NOTIFICAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                                                      |                |
| Nome do empregado<br>WILLIAN SOUZA SALADINI                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | Número Carteira Profissional<br>030224               | Série<br>00370 |
| PERÍODOS                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                      |                |
| De Aquisição<br>02/05/2018 A 01/05/2019                                                                                                                                                                                                                                                  | De Gozo das Férias<br>01/08/2019 A 30/08/2019 = 30 Dias |                                                      | De Abono       |
| BASE PARA CÁLCULO                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         | PROVENTOS E DESCONTOS                                |                |
| Faltas não justificadas: 00                                                                                                                                                                                                                                                              | Férias: 2.989,74 P                                      |                                                      |                |
| Salário Base: 2.450,39                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1/3 das Férias: 996,58 P                                |                                                      |                |
| Média Horas: 339,75                                                                                                                                                                                                                                                                      | Abono de Férias: 0,00                                   |                                                      |                |
| Média Valores: 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1/3 do Abono de Férias: 0,00                            |                                                      |                |
| Outras Vantagens: 199,60                                                                                                                                                                                                                                                                 | Adicional do Dobro das Férias: 0,00                     |                                                      |                |
| TOTAL BASE CALCULO: 2.989,74                                                                                                                                                                                                                                                             | 1/3 do Dobro das Férias: 0,00                           |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Salário Família: 0,00                                   |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1ª Parcela 13º Salário: 0,00                            |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Desconto da Previdência: 438,49 D                       |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Desconto do imposto de Renda: 177,37 D                  |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TOTAL DOS PROVENTOS: 3.986,32 P                         |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TOTAL DOS DESCONTOS: 615,86 D                           |                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TOTAL LIQUIDO: 3.370,46 P                               |                                                      |                |
| <p>Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.370,46 (três mil trezentos e setenta reais e quarenta e seis centavos) a ser paga adiantadamente.</p> |                                                         |                                                      |                |
| CIENTE,                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         | Data: 02/07/2019                                     |                |
| _____<br>WILLIAN SOUZA SALADINI                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | _____<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                |

| RECIBO DE FÉRIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <p>Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 3.370,46(três mil trezentos e setenta reais e quarenta e seis centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.</p> |                                 |
| Data: 30/07/2019<br>MIRANDOPOLIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____<br>WILLIAN SOUZA SALADINI |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:10  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090171153600100724379177479650000050754

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0004-91

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.901

NOSSO NUMERO 17115360000724379

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 29/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 29/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 507,54

VALOR COBRADO 507,54

=====

NR.AUTENTICACAO 1.AA2.957.C19.47A.079

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



|                                                                                                          |                                         |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
| RECEBEMOS DE COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |                                         | NF-e<br>Nº. 1176469<br>SÉRIE 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                      | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Identificação do emitente</b><br><br><b>COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA</b><br>PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP<br>CEP 13916-074 - 1935225800 |  | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br>Nº. 1176469 FL 1 / 1<br>SÉRIE 1 | <br>CHAVE DE ACESSO<br>3519 0667 7291 7800 0491 5500 1001 1764 6915 3070 7377<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora<br>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135190462530932 28/06/2019 14:17:21 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>VENDA DENTRO ESTADO</b><br>INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>395060142110                                                                                                                                                                                                     |  | INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO<br>CNPJ<br>67.729.178/0004-91                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                    |                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DESTINATÁRIO/REMETENTE</b><br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL</b><br>ENDEREÇO<br><b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303</b><br>BAIRRO / DISTRITO<br><b>JARDIM ARIANO</b><br>CEP<br><b>16400-400</b><br>MUNICÍPIO<br><b>LINS</b> |  | FONE / FAX<br><b>1836591243</b><br>UF<br><b>SP</b> | CNPJ / CPF<br><b>45.349.461/0001-02</b><br>DATA DA EMISSÃO<br><b>28/06/2019</b><br>DATA DA ENTRADA/SAÍDA<br><b>28/06/2019</b><br>HORA DE SAÍDA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| FATURA/DUPLICATA | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR  | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|------------------|----------------|------------|--------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 1176469/1        |                | 29/07/2019 | 507,54 |                |            |       |                |            |       |

| 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 |  |
|--------------------|--|-------------------------|--|-------------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
|                    |  | 507,54                  |  | 91,36             |  | 0,00                       |  | 0,00                     |  | 507,54                   |  |
| 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                     |  | 507,54                   |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                    |                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b><br>NOME / RAZÃO SOCIAL<br><b>NIKKY RIO PRETO LOG. E TRANSP.</b><br>ENDEREÇO<br><b>RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA</b><br>QUANTIDADE<br><b>5,00</b><br>ESPÉCIE<br><b>VOLUME(S)</b><br>MARCA<br><b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b><br>MUNICÍPIO<br><b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b><br>UF<br><b>SP</b> |  | FRETE POR CONTA<br>0 - Por conta do emitente<br>CÓDIGO ANTT<br>PLACA DO VEÍCULO<br>UF<br><b>SP</b> | CNPJ<br><b>15.066.184/0001-60</b><br>INSCRIÇÃO ESTADUAL<br><b>647598751114</b><br>PESO BRUTO<br><b>27,729</b><br>PESO LÍQUIDO<br><b>27,729</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                              | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | ALÍQUOTAS IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 026125 | FRALDA GERIÁTRICA EG (IRIS/MAXICONFOR) L: 50-80 Q: 252,0000 V: 17/06/2022                | 96190000 | 000 | 5102 | PC | 252,00 | 1,225          | 308,70      | 308,70       | 55,57      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 020293 | MASCARA CIR. TRIPLA C/CORDAO C/CLIP (DESCARPACK) L: SMTFAA0040 Q: 300,0000 V: 31/12/2023 | 63079010 | 200 | 5102 | PC | 300,00 | 0,1206         | 36,18       | 36,18        | 6,51       | 0,00      | 18,00          | 0,00          |
| 030366 | TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290279 Q: 300,0000 V: 30/11/2020               | 38220090 | 700 | 5102 | TI | 300,00 | 0,5422         | 162,66      | 162,66       | 29,28      | 0,00      | 18,00          | 0,00          |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b><br>LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASIL PREZADO CLIENTE. FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 29/06/2019 Pedido: 1426932 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 10/12/2019 MODAL: RODOVIÁRIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL. | RESERVADO AO FISCO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa: Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:10  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611346005783347100001526110879650000256875

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 72.902

NOSSO NUMERO 6113600578

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 29/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 29/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO D.516.9F8.0F5.59C.FFC

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio



RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 30/05/2019 VALOR TOTAL: R\$ 5.137,50 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL - AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 CENTRO LINS-SP

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº. 000.210.259

Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162

Socorro - 04763-040

Sao Paulo - SP Fone/Fax: 551122447751

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 000.210.259

Série 001

Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0558 4266 2800 0133 5500 1000 2102 5910 0217 9172

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

135190385591180 - 30/05/2019 10:32:25

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

112068380115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/05/2019

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

FONE / FAX

1435325198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Pagamento à Vista - Fatura: 001000210259 Valor Original: 5137.50 Desconto: 0 Valor Líquido: 5137.50

|       |              |       |              |
|-------|--------------|-------|--------------|
| Num.  | 001          | Num.  | 002          |
| Venc. | 29/06/2019   | Venc. | 29/07/2019   |
| Valor | R\$ 2.568,75 | Valor | R\$ 2.568,75 |

|                         |                 |                         |                      |                       |                 |                          |
|-------------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|
| 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 PRODUTOS |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                    | 0,00                 | 0,00                  | 0,00            | 5.137,50                 |
| 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                  | 0,00            | 5.137,50                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

VELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA

(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

14.990.752/0001-51

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SP

146964519117

QUANTIDADE

8

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

19,440

17,000

| 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 | ALÍQ. IPI |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|------|----|----------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|
| EE902300                                                                                                                                                                                                                  | EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN)<br>Lote(S): FEV199023321300B - Validade: 28/02/2022  | 90189099 | 040   | 5101 | UN | 250,0000 | 16,9600    | 4.240,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00       |           |
| EE900300                                                                                                                                                                                                                  | EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN)<br>Lote(S): FEV1990031311600B - Validade: 28/02/2022 | 90189099 | 040   | 5101 | UN | 50,0000  | 17,9500    | 897,50      | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00       |           |
| Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2019<br>Fonte de Recurso Estadual<br>Secretaria de Estado da Saúde<br>UGE 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo Despesa. Custeio |                                                                                                         |          |       |      |    |          |            |             |             |            |           |            |           |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: PEDIDO DE 28/05/2019, ORC 012153 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO ATE 30 09 2019 PELO INCISO XLVII CONV ICMS 49 DE ABRIL 2017 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 16800-000, CENTRO MIRANDOPOLIS, - \*\*\* Pedido de Venda: 427211 \*\*\* Cotacao Numero: 1849 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1648.63 (32.09%). Email do Destinatário: JPINOTTI@AHBB.ORG.BR CIRURGICANEVES@CIRURGICANEVES.COM.BR VE

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:10  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090224871700700017908179879650000023748

BENEFICIARIO:

CENTER M C M PAPEIS LTDA

NOME FANTASIA:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINAS E P

CNPJ: 62.771.316/0001-34

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.903

NOSSO NUMERO 22487170000017908

CONVENIO 02248717

DATA DE VENCIMENTO 29/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 29/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 237,48

VALOR COBRADO 237,48

=====

NR.AUTENTICACAO 6.23F.EED.485.A87.545

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:10  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190611676953273347900001526110179640000254400

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 72.904

NOSSO NUMERO 6116695327

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 28/07/2019

DATA DO PAGAMENTO 29/07/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.544,00

VALOR COBRADO 2.544,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.B50.332.FF4.C50.B5C

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 28/06/2019 VALOR TOTAL: R\$ 5.088,00 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL - AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 CENTRO LINS-SP

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº. 000.212.751

Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperança, 162

Socorro - 04763-040

Sao Paulo - SP Fone/Fax: 551122447751

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

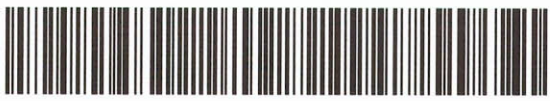
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.212.751

Série 001

Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0658 4266 2800 0133 5500 1000 2127 5110 0654 8670

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

135190463589379 - 28/06/2019 17:53:30

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDE DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

112068380115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

28/06/2019

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

FONE / FAX

1435325198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Pagamento à Vista - Fatura: 001000212751 Valor Original: 5088.00 Desconto: 0 Valor Líquido: 5088.00

|       |              |       |              |
|-------|--------------|-------|--------------|
| Num.  | 001          | Num.  | 002          |
| Venc. | 28/07/2019   | Venc. | 27/08/2019   |
| Valor | R\$ 2.544,00 | Valor | R\$ 2.544,00 |

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 PRODUTOS |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                    | 0,00                 | 0,00                  | 0,00            | 5.088,00                 |
| 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                  | 0,00            | 5.088,00                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

VELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA

(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

14.990.752/0001-51

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

146964519117

QUANTIDADE

6

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

14,580

PESO LÍQUIDO

12,200

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 | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|------|----|----------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|------------|-----------|
| EE902300       | EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN)<br>Lote(S): MAR1990233351300B - Validade: 31/03/2022 | 90189099 | 040   | 5101 | UN | 200,0000 | 16,9600    | 3.392,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00       |           |
| EE905500       | EQUIPO GIRASET EG 0623 T000 ESTERILIZADO (CX 50UN)<br>Lote(S): MA11990553410600B - Validade: 31/05/2022 | 90189099 | 040   | 5101 | UN | 100,0000 | 16,9600    | 1.696,00    | 0,00        | 0,00       | 0,00      | 0,00       |           |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: PEDIDO DE 28/06/2019, ORC 013133 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO ATE 30 09 2019 PELO INCISO XLVII CONV ICMS 49 DE ABRIL 2017 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 16800-000, CENTRO MIRANDOPOLIS, - \*\*\* Pedido de Venda: 429442 \*\*\* Cotacao Numero: 2340 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1088.49 (21.39%). Fonte: IBPT. Email do Destinatário: JPINOTTI@AHBB.ORG.BR CIRURGICANEVES@CIRURGICANEVES.COM.BR VE

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis.  
Tipo Despesa. Custeio



21/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 15:10:10  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23790601029918400000014000107707579670000068000

BENEFICIARIO:

BIOMEDICAL

NOME FANTASIA:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|               |        |
|---------------|--------|
| NR. DOCUMENTO | 72.905 |
|---------------|--------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 31/07/2019 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 29/07/2019 |
|-------------------|------------|

|                    |        |
|--------------------|--------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 680,00 |
|--------------------|--------|

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR COBRADO | 680,00 |
|---------------|--------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 5.121.331.E7A.8CC.56C |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado de Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

|                                                                                                                   |                                         |                                                       |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC |                                         | VALOR NOTA<br>R\$ 680,00                              | NF-e<br>Nº: 000.109.910<br>SÉRIE: 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO<br>/ /                                                                                        | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | DESTINATÁRIO<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL |                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA</b><br>Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP<br>CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555<br><a href="http://www.biomedical.ind.br">www.biomedical.ind.br</a> <a href="http://www.cateter.com.br">www.cateter.com.br</a> | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - Entrada 1<br>1 - Saída 1<br>Nº 000.109.910<br>SÉRIE: 1<br>FOLHA: 1 de 1 | <br>CHAVE DE ACESSO<br>3519 0751 9436 4500 0107 5500 1000 1099 1010 0464 0322<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a><br>ou no site da Sefaz Autorizadora |                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NATUREZA DA OPERAÇÃO<br><b>VENDA PRODUCAO PROPRIA</b>                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135190468583012 - 01/07/2019 16:17:44 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>110883564111                                                                                                          | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CNPJ<br>51.943.645/0001-07                                               |

#### DESTINATÁRIO/REMETENTE

|                                                                   |                                  |                                |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| NOME RAZÃO SOCIAL<br><b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL</b> |                                  | CNPJ/CPF<br>45.349.461/0001-02 | DATA DA EMISSÃO<br>01/07/2019                   |
| ENDEREÇO<br>AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303                         | BAIRRO/DISTRITO<br>JARDIM ARIANO | CEP<br>16400-400               | DATA DE SAÍDA/ENTRADA<br>01/07/2019             |
| MUNICÍPIO<br>LINS                                                 | FONE/FAX<br>(14) 3541-1544       | UF<br>SP                       | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>HORA DE SAÍDA<br>16:16:28 |

#### FATURA

| Número | Data Vcto  | Valor  |
|--------|------------|--------|
| 001    | 31/07/2019 | 680,00 |

#### CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                 |                         |                                 |                                     |                                    |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CÁLCULO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>680,00 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00  | VALOR DO IPI<br>0,00               |
|                                 |                         |                                 | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS<br>110,16 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>680,00      |

#### TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                    |                             |             |                              |                     |                                |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|------------------------------|---------------------|--------------------------------|
| RAZÃO SOCIAL<br>PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA. | FRETE POR CONTA<br>0 - Rem. | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO             | UF<br>SP            | CNPJ/CPF<br>57.185.621/0001-04 |
| ENDEREÇO<br>AV. PERI RONCHETTI, 765                | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO      |             | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |                     |                                |
| QUANTIDADE<br>1                                    | ESPÉCIE<br>VOLUME           | MARCA       | NUMERAÇÃO                    | PESO BRUTO<br>0,980 | PESO LÍQUIDO<br>0,700          |

#### DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD PROD.   | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                                         | NCM SH   | CST  | CFOP | UNID. | QUANT.  | VALOR UNITARIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS |      | VALOR APROX. DOS TRIBUTOS |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------|------|-------|---------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|-----------|------|---------------------------|
|             |                                                                                                      |          |      |      |       |         |                |             |              |            |           | ICMS      | IPI  |                           |
| C7020BSHFSL | Cateter para Subclavia D/L CVC 7Fr x 20cm com acessórios BSHFSE R.O.P.M.: 0902040150 L: 33237 QT: 10 | 90183929 | 0 40 | 5101 | UN    | 10,0000 | 68,000000      | 680,00      | 0,00         | 0,00       | 0,00      | 0,00      | 0,00 | 110,16                    |

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
 RECEBIDO 03/7/19  
 ASS. *[Assinatura]*

#### CÁLCULO DO ISSQN

|                                 |                                  |                                  |                        |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL<br>85215163 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS<br>0,00 | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN<br>0,00 | VALOR DO ISSQN<br>0,00 |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|

#### DADOS ADICIONAIS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>NOME DO PEDIDO: 01973 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20) Estadual: R\$ 01,60 (12,00) Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO OITANTO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELA CONVENIO ICMS N 49 DE 26/04/2017. | RESERVADO AO FISCO<br>Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2019<br>Fonte de Recurso Estadual<br>Secretaria de Estado da Saúde<br>UGE 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo Despesa. Custeio |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

31/07/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:48:10  
679006790 SEGUNDA VIA 0001  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9  
=====

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA | 31/07/2019          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.062.007.004.231 |
| VALOR TOTAL           | 142.516,20          |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

|                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL |                     |
| AGENCIA: 3062-7                | CONTA: 7.004.231-4  |
| NR. DOCUMENTO                  | 556.790.000.000.211 |

=====

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| NR. AUTENTICACAO | 6.AD5.74A.5BA.7D9.255 |
|------------------|-----------------------|

---

Transação efetuada com sucesso por: JA015967 ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio



**Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019**

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **ALCIONE BOGAZ**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 18:53     | 20:42   | 21:34     | 07:09   | 11:24         | 08:00         | 00:00        | 11:24         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 18:41     | 19:56   | 20:51     | 07:02   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:19         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 18:41     | 20:19   | 21:16     | 07:04   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:19         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 18:41     | 20:01   | 20:58     | 07:06   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:19         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 18:48     | 20:10   | 21:06     | 07:09   | 11:25         | 08:00         | 00:00        | 11:25         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 18:49     | 20:34   | 21:28     | 07:00   | 11:17         | 08:00         | 00:00        | 11:17         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 18:47     | 20:19   | 20:51     | 07:06   | 11:47         | 08:00         | 00:00        | 11:47         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 18:48     | 20:14   | 21:16     | 07:06   | 11:16         | 08:00         | 00:00        | 11:16         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 06:57     | 13:57   | 14:57     | 19:09   | 11:00         | 00:00         | 00:00        | 11:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 18:50     | 20:33   | 21:27     | 07:14   | 11:30         | 08:00         | 00:00        | 11:30         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 18:45     | 20:08   | 21:10     | 07:08   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:21         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 18:42     | 20:50   | 21:39     | 07:04   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:18         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 18:50     | 19:59   | 20:55     | 07:08   | 11:22         | 08:00         | 00:00        | 11:22         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 18:47     | 20:10   | 21:07     | 07:10   | 11:26         | 08:00         | 00:00        | 11:26         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>157:48</b> | <b>104:00</b> | <b>00:00</b> | <b>159:03</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

**Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019**

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
(A)

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | 19:13     | 20:06   | 21:05     | 07:20   | 10:48         | 08:00         | 00:00        | 11:08         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 18:44     | 19:30   | 20:23     | 07:12   | 11:19         | 08:00         | 00:00        | 11:35         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | 18:49     | 19:16   | 20:06     | 07:33   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:54         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 18:56     | 19:33   | 20:33     | 07:26   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:26         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 18:49     | 19:54   | 20:52     | 07:23   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:23         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 18:47     | 19:35   | 20:28     | 07:33   | 11:20         | 08:00         | 00:00        | 11:53         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | 18:44     | 19:28   | 20:19     | 07:25   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:41         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 18:55     | 19:24   | 20:16     | 07:21   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:21         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | 18:48     | 19:16   | 20:09     | 07:21   | 11:19         | 08:00         | 00:00        | 11:40         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 18:49     | 19:26   | 20:15     | 07:24   | 11:22         | 08:00         | 00:00        | 11:46         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 18:22     | 19:35   | 20:32     | 07:20   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:58         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 18:49     | 19:25   | 20:15     | 07:18   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:39         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 18:51     | 19:35   | 20:27     | 07:29   | 11:17         | 08:00         | 00:00        | 11:46         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>145:07</b> | <b>104:00</b> | <b>00:00</b> | <b>151:10</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA AGUIAR  
SALESSE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



**Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019**

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
 (A)

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 18:53     | 20:00   | 21:00     | 07:10   | 11:17         | 08:00         | 00:00        | 11:17         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 18:52     | 20:43   | 21:41     | 07:00   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 19:07     | 20:10   | 21:10     | 07:00   | 10:53         | 08:00         | 00:00        | 10:53         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 18:52     | 20:12   | 21:10     | 07:08   | 11:18         | 08:00         | 00:00        | 11:18         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 18:58     | 20:10   | 23:24     | 07:05   | 08:53         | 06:24         | 00:00        | 08:53         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 19:00     | 20:04   | 21:02     | 07:02   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 01/06 sab                                 | 18:49     | 20:22   | 21:29     | 07:02   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 02/06 dom                                 | 19:02     | 20:34   | 21:35     | 07:08   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 18:55     | 20:51   | 21:46     | 07:15   | 11:25         | 08:00         | 00:00        | 11:25         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 19:00     | 19:48   | 20:54     | 07:23   | 10:54         | 08:00         | 00:00        | 11:17         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 17:22     | 20:45   | 21:47     | 07:09   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 12:38         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 18:57     | 20:17   | 21:27     | 07:12   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 18:53     | 20:02   | 21:22     | 07:05   | 10:52         | 08:00         | 00:00        | 10:52         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 19:03     | 20:03   | 21:10     | 07:16   | 10:50         | 08:00         | 00:00        | 11:06         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 18:50     | 20:24   | 21:20     | 07:44   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:44         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 18:47     | 20:08   | 21:04     | 07:10   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:27         |
| <b>TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>174:49</b> | <b>126:24</b> | <b>00:00</b> | <b>177:50</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA  
 MARDEGAN

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 4 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | 06:57     | 13:04   | 14:01     | 19:06   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 06:51     | 12:57   | 13:57     | 19:08   | 11:17         | 00:00        | 00:00        | 11:17         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | 06:51     | 12:59   | 14:02     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 06:48     | 13:03   | 14:00     | 19:09   | 11:24         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 29/05 qua                                 | 06:53     | 12:54   | 13:55     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | 06:52     | 13:01   | 14:00     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 06:49     | 13:27   | 14:22     | 19:08   | 11:24         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | 06:52     | 13:08   | 14:00     | 19:08   | 11:24         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 06:56     | 13:06   | 13:53     | 19:05   | 11:22         | 00:00        | 00:00        | 11:22         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | 06:49     | 13:20   | 14:33     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 10/06 seg                                 | 07:01     | 12:02   | 13:04     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 11/06 ter                                 | 07:02     | 13:22   | 14:13     | 19:09   | 11:16         | 00:00        | 00:00        | 11:16         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 07:01     | 12:56   | 13:54     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 07:07     | 14:55   | 15:53     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 06:53     | 13:15   | 13:57     | 19:10   | 11:35         | 00:00        | 00:00        | 11:35         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 06:54     | 13:17   | 13:58     | 19:07   | 11:32         | 00:00        | 00:00        | 11:32         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>179:14</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>179:14</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI  
CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 18:49     | 19:30   | 20:24     | 07:10   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:27         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | 18:54     | 19:15   | 20:06     | 07:15   | 11:30         | 08:00         | 00:00        | 11:30         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 18:50     | 19:20   | 20:11     | 07:06   | 11:25         | 08:00         | 00:00        | 11:25         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 18:52     | 19:33   | 20:30     | 07:07   | 11:18         | 08:00         | 00:00        | 11:18         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | 18:51     | 19:18   | 20:15     | 07:11   | 11:23         | 08:00         | 00:00        | 11:23         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 18:47     | 19:35   | 20:27     | 07:00   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:21         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | 18:48     | 19:28   | 20:20     | 07:10   | 11:30         | 08:00         | 00:00        | 11:30         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 18:47     | 19:24   | 20:16     | 07:24   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:45         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | 18:48     | 19:15   | 20:08     | 07:18   | 11:19         | 08:00         | 00:00        | 11:37         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 18:49     | 19:26   | 20:16     | 07:08   | 11:29         | 08:00         | 00:00        | 11:29         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 18:53     | 19:35   | 20:32     | 07:06   | 11:16         | 08:00         | 00:00        | 11:16         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 18:50     | 19:35   | 20:28     | 07:07   | 11:24         | 08:00         | 00:00        | 11:24         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 18:54     | 19:24   | 20:17     | 07:05   | 11:18         | 08:00         | 00:00        | 11:18         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>148:01</b> | <b>104:00</b> | <b>00:00</b> | <b>148:43</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA AZEVEDO  
 ZANATTA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 6 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **ANA PAULA DOS SANTOS SILVA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | 19:04     | 19:34   | 20:27     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 18:59     | 19:30   | 20:24     | 07:08   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | 18:59     | 19:15   | 20:07     | 07:14   | 11:23         | 08:00        | 00:00        | 11:23         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 19:04     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 18:59     | 19:33   | 20:17     | 07:02   | 11:19         | 08:00        | 00:00        | 11:19         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 18:56     | 19:35   | 20:28     | 07:21   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:21         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 18:48     | 19:24   | 20:16     | 07:24   | 11:20         | 08:00        | 00:00        | 11:44         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | 19:00     | 19:15   | 20:08     | 07:17   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:17         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 18:54     | 19:26   | 20:15     | 07:08   | 11:25         | 08:00        | 00:00        | 11:25         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 19:01     | 19:35   | 20:32     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 18:59     | 19:24   | 20:15     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 18:52     | 19:35   | 20:27     | 07:03   | 11:19         | 08:00        | 00:00        | 11:19         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 19:07     | 19:26   | 20:17     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>133:46</b> | <b>96:00</b> | <b>00:00</b> | <b>134:48</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS  
SILVA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **BIANCA CAETANO COSTA SILVA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | 06:50     | 12:03   | 13:00     | 19:06   | 11:19         | 00:00        | 00:00        | 11:19         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 06:48     | 12:09   | 12:58     | 19:05   | 11:28         | 00:00        | 00:00        | 11:28         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 06:52     | 11:59   | 12:50     | 19:07   | 11:24         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | 06:52     | 12:02   | 12:55     | 19:04   | 11:19         | 00:00        | 00:00        | 11:19         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 06:55     | 12:23   | 13:15     | 19:10   | 11:23         | 00:00        | 00:00        | 11:23         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | 06:58     | 12:10   | 13:08     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 06:57     | 12:16   | 13:03     | 19:04   | 11:20         | 00:00        | 00:00        | 11:20         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 06:57     | 12:20   | 13:20     | 19:09   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 12/06 qua                                 | 06:59     | 13:28   | 14:20     | 19:08   | 11:17         | 00:00        | 00:00        | 11:17         |
| 13/06 qui                                 | 06:57     | 11:59   | 13:01     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 06:53     | 12:02   | 12:59     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 06:56     | 12:24   | 13:10     | 19:08   | 11:26         | 00:00        | 00:00        | 11:26         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 06:57     | 12:22   | 13:17     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>145:56</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>145:56</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

BIANCA CAETANO COSTA  
 SILVA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **CAMILA DONATO INNOCENCIO**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
 (A)

| Data                                  | Entrada 1                 | Saida 1      | Trabalhadas | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/05 qui                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/05 sex                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 25/05 sab                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/05 dom                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/05 seg                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/05 qua                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/05 qui                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/05 sex                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/06 sab                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/06 ter                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/06 qua                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/06 qui                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/06 sab                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/06 dom                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/06 seg                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/06 ter                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/06 qua                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/06 qui                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/06 sex                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/06 dom                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/06 ter                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/06 qua                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/06 qui                             | Afastamento - AFASTAMENTO | 00:00        |             | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos</b> |                           | <b>00:00</b> |             | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CAMILA DONATO INNOCENCIO

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

\_/\_/\_



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 9 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **CATIA FERNANDA FERRAZ**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 18:45     | 20:08   | 21:08     | 06:50   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 18:48     | 19:56   | 21:00     | 06:50   | 10:58         | 08:00         | 00:00        | 10:58         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 18:52     | 20:16   | 21:10     | 07:02   | 11:16         | 08:00         | 00:00        | 11:16         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 18:53     | 20:19   | 21:19     | 06:49   | 10:56         | 08:00         | 00:00        | 10:56         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 18:46     | 20:09   | 21:02     | 06:48   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 18:47     | 20:31   | 21:28     | 07:11   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:27         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 18:55     | 20:36   | 21:36     | 06:45   | 10:50         | 08:00         | 00:00        | 10:50         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 18:46     | 20:52   | 21:57     | 06:47   | 10:56         | 08:00         | 00:00        | 10:56         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 18:49     | 20:30   | 21:20     | 06:50   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 18:46     | 20:23   | 21:17     | 07:07   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:27         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 18:55     | 20:33   | 21:21     | 06:49   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 18:51     | 20:25   | 21:42     | 06:48   | 10:40         | 08:00         | 00:00        | 10:40         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 18:55     | 19:54   | 20:57     | 07:03   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 18:52     | 19:59   | 20:56     | 07:05   | 11:16         | 08:00         | 00:00        | 11:16         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 19:02     | 20:08   | 21:03     | 07:10   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| <b>TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>165:46</b> | <b>120:00</b> | <b>00:00</b> | <b>165:46</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



## Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 10 de 43  
 Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 06:50     | 13:13   | 14:18     | 19:13   | 11:18         | 00:00        | 00:00        | 11:18         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 07:02     | 12:21   | 13:27     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 07:04     | 12:38   | 13:37     | 19:24   | 10:57         | 00:00        | 00:00        | 11:21         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 07:06     | 12:22   | 13:26     | 19:11   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 06:46     | 12:18   | 13:20     | 19:06   | 11:18         | 00:00        | 00:00        | 11:18         |
| 31/05 sex                                 | 06:47     | 14:41   | 15:33     | 19:12   | 11:33         | 00:00        | 00:00        | 11:33         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 07:07     | 14:42   | 15:41     | 19:24   | 10:54         | 00:00        | 00:00        | 11:18         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 07:09     | 13:18   | 14:16     | 20:11   | 10:53         | 00:00        | 00:00        | 12:04         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 07:03     | 13:11   | 14:06     | 19:16   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:16         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 19:01     | 20:39   | 21:33     | 07:07   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 07:03     | 13:43   | 14:42     | 19:26   | 10:58         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 06:55     | 12:24   | 13:29     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 07:08     | 14:22   | 15:27     | 19:29   | 10:47         | 00:00        | 00:00        | 11:16         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 07:01     | 12:17   | 13:15     | 19:15   | 11:16         | 00:00        | 00:00        | 11:16         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>154:54</b> | <b>08:00</b> | <b>00:00</b> | <b>158:04</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

CRISTIANE PASCOALETO  
 VENDRAME

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 11 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 18:46     | 20:43   | 21:41     | 07:14   | 11:30         | 08:00         | 00:00        | 11:30         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 18:47     | 19:57   | 20:51     | 07:02   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:21         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 18:49     | 20:39   | 21:35     | 07:02   | 11:17         | 08:00         | 00:00        | 11:17         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 18:50     | 20:01   | 20:58     | 07:05   | 11:18         | 08:00         | 00:00        | 11:18         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 18:47     | 20:13   | 21:06     | 07:14   | 11:34         | 08:00         | 00:00        | 11:34         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 18:49     | 21:13   | 22:03     | 07:00   | 11:21         | 07:56         | 00:00        | 11:21         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 18:47     | 20:19   | 20:52     | 07:11   | 11:51         | 08:00         | 00:00        | 11:51         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 18:49     | 20:31   | 21:29     | 07:05   | 11:18         | 08:00         | 00:00        | 11:18         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 18:46     | 20:35   | 21:19     | 07:10   | 11:40         | 08:00         | 00:00        | 11:40         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 18:51     | 20:19   | 21:11     | 07:14   | 11:31         | 08:00         | 00:00        | 11:31         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 18:50     | 20:51   | 21:39     | 07:04   | 11:26         | 08:00         | 00:00        | 11:26         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 18:47     | 20:42   | 21:28     | 07:03   | 11:30         | 08:00         | 00:00        | 11:30         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 18:51     | 20:08   | 20:58     | 07:06   | 11:25         | 08:00         | 00:00        | 11:25         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 18:55     | 20:09   | 21:07     | 07:05   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>160:02</b> | <b>111:56</b> | <b>00:00</b> | <b>160:02</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movei (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DANIELA DOS SANTOS DE  
OLIVEIRA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 12 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **DEBORA CRISTINA LOCHE**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                                       | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                                  | 18:51                | 20:23   | 21:23     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 04/06 ter                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                                  | 18:52                | 19:29   | 20:29     | 07:02   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 06/06 qui                                                  | 18:48                | 20:36   | 21:36     | 07:05   | 11:17         | 08:00        | 00:00        | 11:17         |
| 07/06 sex                                                  | 18:51                | 20:17   | 21:17     | 07:11   | 11:20         | 08:00        | 00:00        | 11:20         |
| 08/06 sab                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                                  | 18:53                | 20:09   | 21:09     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 10/06 seg                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                                  | 18:54                | 20:12   | 21:12     | 07:04   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 12/06 qua                                                  | 18:54                | 20:08   | 21:09     | 07:01   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 13/06 qui                                                  | 18:50                | 20:15   | 21:15     | 07:00   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 14/06 sex                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                                  | 18:52                | 20:25   | 21:25     | 07:04   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                                  | 18:52                | 20:33   | 21:33     | 07:04   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 18/06 ter                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 10 dias, 10 folgas/feriados, 11 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>110:37</b> | <b>80:00</b> | <b>00:00</b> | <b>110:37</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DEBORA CRISTINA LOCHE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 13 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                     | Entrada 1                 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                                | 18:54                     | 19:33   | 20:27     | 07:05   | 11:17         | 08:00        | 00:00        | 11:17         |
| 23/05 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                                | 18:56                     | 19:20   | 20:28     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 29/05 qua                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                                | 18:49                     | 19:33   | 20:17     | 07:04   | 11:31         | 08:00        | 00:00        | 11:31         |
| 31/05 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                                | 18:51                     | 19:18   | 20:13     | 07:11   | 11:25         | 08:00        | 00:00        | 11:25         |
| 02/06 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                                | 18:56                     | 19:35   | 20:28     | 07:19   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:19         |
| 04/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                                | 18:57                     | 19:28   | 20:21     | 07:10   | 11:20         | 08:00        | 00:00        | 11:20         |
| 06/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                                | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                                | 18:51                     | 19:26   | 20:16     | 07:07   | 11:26         | 08:00        | 00:00        | 11:26         |
| 12/06 qua                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                                | 18:53                     | 19:35   | 20:32     | 07:05   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 14/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                                | 18:49                     | 19:24   | 20:21     | 07:05   | 11:19         | 08:00        | 00:00        | 11:19         |
| 16/06 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                                | 18:50                     | 19:35   | 20:53     | 07:07   | 10:59         | 08:00        | 00:00        | 10:59         |
| 18/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                                | 18:50                     | 19:25   | 20:49     | 07:06   | 10:52         | 08:00        | 00:00        | 10:52         |
| 20/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados, 1 afastamento</b> |                           |         |           |         | <b>123:09</b> | <b>88:00</b> | <b>00:00</b> | <b>123:28</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DENISE PRISCILA ANCILOTTO  
LISBOA DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 14 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **EDILAINE MUNHOZ MAQUEA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                     | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|----------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                                                | 18:52                | 19:33   | 20:27     | 07:05   | 11:19        | 08:00        | 00:00        | 11:19        |
| 23/05 qui                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/05 sex                                                | 18:47                | 19:30   | 20:23     | 07:12   | 11:32        | 08:00        | 00:00        | 11:32        |
| 25/05 sab                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/05 dom                                                | 18:45                | 19:16   | 20:06     | 07:13   | 11:38        | 08:00        | 00:00        | 11:38        |
| 27/05 seg                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                                                | 18:50                | 19:20   | 20:11     | 07:05   | 11:24        | 08:00        | 00:00        | 11:24        |
| 29/05 qua                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/05 qui                                                | 19:03                | 19:33   | 20:17     | 07:05   | 11:18        | 08:00        | 00:00        | 11:18        |
| 31/05 sex                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/06 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 5 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>57:11</b> | <b>40:00</b> | <b>00:00</b> | <b>57:11</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

EDILAINE MUNHOZ MAQUEA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 15 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **EDILENE MANOEL**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 07:05     | 13:13   | 14:08     | 19:13   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 06:54     | 13:13   | 14:12     | 19:10   | 11:17         | 00:00        | 00:00        | 11:17         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 06:51     | 13:28   | 14:21     | 19:24   | 11:16         | 00:00        | 00:00        | 11:40         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 06:54     | 13:17   | 14:17     | 19:24   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 07:01     | 12:48   | 13:47     | 19:12   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 06:56     | 14:14   | 15:15     | 19:41   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:41         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 07:03     | 13:19   | 14:17     | 20:12   | 10:59         | 00:00        | 00:00        | 12:11         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 06:55     | 13:10   | 14:07     | 19:16   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:16         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 07:00     | 13:43   | 14:41     | 19:27   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:27         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 07:04     | 12:27   | 13:27     | 19:16   | 10:56         | 00:00        | 00:00        | 11:12         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 06:55     | 13:32   | 14:31     | 19:25   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:25         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 06:57     | 14:22   | 15:18     | 19:29   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:29         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 07:04     | 12:52   | 13:47     | 19:15   | 11:16         | 00:00        | 00:00        | 11:16         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 07:01     | 13:16   | 14:16     | 19:12   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>154:44</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>159:18</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

EDILENE MANOEL

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 16 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **ELAINE CRISTINA DIAS BORGES**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 06:52     | 13:10   | 13:55     | 19:09   | 11:32         | 00:00        | 00:00        | 11:32         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | 07:01     | 13:16   | 14:00     | 19:09   | 11:24         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 06:48     | 13:01   | 13:58     | 19:09   | 11:24         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 06:50     | 12:54   | 13:43     | 19:09   | 11:30         | 00:00        | 00:00        | 11:30         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | 06:59     | 13:26   | 14:38     | 19:06   | 10:55         | 00:00        | 00:00        | 10:55         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 06:44     | 13:37   | 14:22     | 19:12   | 11:27         | 00:00        | 00:00        | 11:43         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | 06:50     | 13:08   | 14:01     | 19:08   | 11:25         | 00:00        | 00:00        | 11:25         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 06:46     | 13:06   | 13:53     | 19:05   | 11:32         | 00:00        | 00:00        | 11:32         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | 06:56     | 13:20   | 14:13     | 19:08   | 11:19         | 00:00        | 00:00        | 11:19         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 06:51     | 12:56   | 13:54     | 19:11   | 11:22         | 00:00        | 00:00        | 11:22         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 06:59     | 13:02   | 14:00     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 06:50     | 13:21   | 13:57     | 19:10   | 11:44         | 00:00        | 00:00        | 11:44         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>136:34</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>136:50</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ELAINE CRISTINA DIAS  
BORGES

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 17 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **GISLAINE MACHADO MORABITO**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                     | Entrada 1                 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                                | 07:10                     | 12:07   | 13:06     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 23/05 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                                | 06:51                     | 12:07   | 13:04     | 19:07   | 11:19         | 00:00        | 00:00        | 11:19         |
| 25/05 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                                | 07:01                     | 12:05   | 13:03     | 19:09   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 27/05 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                                | 07:05                     | 12:55   | 13:55     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 31/05 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                                | 07:00                     | 12:08   | 13:01     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 02/06 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                                | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                                | 07:13                     | 12:06   | 13:08     | 19:08   | 10:53         | 00:00        | 00:00        | 10:53         |
| 06/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                                | 06:54                     | 12:16   | 13:03     | 19:05   | 11:24         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 08/06 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                                | 06:59                     | 12:07   | 13:07     | 19:06   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 10/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                                | 07:01                     | 13:22   | 14:16     | 19:13   | 11:18         | 00:00        | 00:00        | 11:18         |
| 12/06 qua                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                                | 07:10                     | 11:59   | 12:55     | 19:11   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 14/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                                | 06:51                     | 12:06   | 13:12     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                                | 06:52                     | 12:30   | 13:31     | 19:10   | 11:17         | 00:00        | 00:00        | 11:17         |
| 17/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                                | 07:00                     | 13:17   | 14:05     | 19:07   | 11:19         | 00:00        | 00:00        | 11:19         |
| 20/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados, 1 afastamento</b> |                           |         |           |         | <b>144:30</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>144:30</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa, Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GISLAINE MACHADO  
MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 18 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                                     | Entrada 1                 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                                | 17:57                     | 20:01   | 21:01     | 06:00   | 10:00         | 08:00        | 00:00        | 11:03         |
| 23/05 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                                | 05:50                     | 13:54   | 14:52     | 18:01   | 10:03         | 00:00        | 00:00        | 11:13         |
| 26/05 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                                | 17:57                     | 20:09   | 21:07     | 06:00   | 10:02         | 08:00        | 00:00        | 11:05         |
| 28/05 ter                                                | 18:53                     | 20:31   | 21:25     | 07:10   | 11:23         | 08:00        | 00:00        | 11:23         |
| 29/05 qua                                                | 17:59                     | 20:52   | 21:49     | 06:01   | 10:04         | 08:00        | 00:00        | 11:05         |
| 30/05 qui                                                | 18:54                     | 19:59   | 20:55     | 07:52   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:52         |
| 31/05 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                                | 06:53                     | 12:34   | 13:35     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 03/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                                | 06:50                     | 14:37   | 15:40     | 19:13   | 11:20         | 00:00        | 00:00        | 11:20         |
| 05/06 qua                                                | 14:03                     | 16:32   |           |         | 02:29         | 00:00        | 00:00        | 02:29         |
| 06/06 qui                                                | 06:51                     | 13:16   | 14:21     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 07/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                                | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                                | 06:51                     | 14:42   | 15:46     | 17:58   | 10:03         | 00:00        | 00:00        | 10:03         |
| 15/06 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                                | 06:54                     | 12:27   | 13:26     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 17/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                                | 06:54                     | 13:46   | 14:52     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 19/06 qua                                                | 19:10                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                                | 06:46                     | 12:01   | 13:00     | 19:13   | 11:28         | 00:00        | 00:00        | 11:28         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados, 1 afastamento</b> |                           |         |           |         | <b>141:52</b> | <b>40:00</b> | <b>00:00</b> | <b>147:01</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ISADORA MORAIS DE CASTRO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 19 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **IZABEL CRISTINA DE SOUZA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 18:14     | 20:48   | 21:46     | 06:34   | 10:36         | 08:00        | 00:00        | 11:22         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | 07:01     | 14:32   | 15:34     | 19:09   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 06:48     | 14:37   | 15:32     | 19:05   | 11:22         | 00:00        | 00:00        | 11:22         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 06:50     | 13:12   | 14:10     | 19:09   | 11:21         | 00:00        | 00:00        | 11:21         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | 06:59     | 12:42   | 13:38     | 19:06   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 06:45     | 15:50   | 16:36     | 19:12   | 11:41         | 00:00        | 00:00        | 11:41         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 06:51     | 14:39   | 15:30     | 19:05   | 11:23         | 00:00        | 00:00        | 11:23         |
| 09/06 dom                                 | 06:56     | 14:28   | 15:19     | 19:09   | 11:22         | 00:00        | 00:00        | 11:22         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 06:50     | 14:42   | 15:41     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 06:51     | 13:36   | 14:28     | 19:13   | 11:30         | 00:00        | 00:00        | 11:30         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 06:58     | 12:20   | 13:23     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 06:49     | 12:27   | 13:34     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 18:49     | 20:13   | 21:09     | 06:59   | 11:00         | 08:00        | 00:00        | 11:00         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>145:15</b> | <b>16:00</b> | <b>00:00</b> | <b>146:01</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

IZABEL CRISTINA DE SOUZA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 20 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **JOSE LOPES DE OLIVEIRA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 18:40     | 19:58   | 20:42     | 07:11   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:47         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 18:30     | 19:56   | 20:51     | 07:07   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:30         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 18:43     | 20:01   | 20:42     | 07:02   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:38         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 18:48     | 20:09   | 20:52     | 07:05   | 11:34         | 08:00         | 00:00        | 11:34         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 19:02     | 20:01   | 20:58     | 07:02   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 18:45     | 20:04   | 20:59     | 07:14   | 11:34         | 08:00         | 00:00        | 11:34         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 18:47     | 20:34   | 21:36     | 06:57   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 19:03     | 20:01   | 20:57     | 07:01   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 18:48     | 20:24   | 21:21     | 07:07   | 11:22         | 08:00         | 00:00        | 11:22         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 18:52     | 20:34   | 21:30     | 07:15   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:27         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 18:55     | 20:09   | 21:22     | 07:06   | 10:58         | 08:00         | 00:00        | 10:58         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 18:57     | 20:07   | 21:05     | 07:00   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 18:53     | 20:01   | 21:05     | 07:08   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 18:57     | 20:08   | 21:06     | 07:12   | 11:17         | 08:00         | 00:00        | 11:17         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>157:00</b> | <b>112:00</b> | <b>00:00</b> | <b>158:07</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

JOSE LOPES DE OLIVEIRA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 21 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função  
**FISIOTERAPEUTA**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 13:07     | 17:39   | 18:01     | 19:03   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 22/05 qua                                 | 13:08     | 16:45   | 17:04     | 18:53   | 05:26         | 00:00        | 00:00        | 05:26         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 12:42     | 16:56   | 17:11     | 18:52   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:55         |
| 25/05 sab                                 | 06:57     | 11:50   | 12:58     | 18:52   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 10:47         |
| 26/05 dom                                 | 06:56     | 12:07   | 12:20     | 12:56   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 27/05 seg                                 | 12:46     | 17:04   | 17:15     | 18:58   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:01         |
| 28/05 ter                                 | 12:45     | 17:26   | 17:42     | 18:56   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:55         |
| 29/05 qua                                 | 18:59     | 12:39   |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | 12:03     | 19:09   | 19:51     | 23:53   | 05:45         | 02:09        | 00:00        | 11:08         |
| 02/06 dom                                 | 12:12     | 21:00   | 21:57     | 23:50   | 05:45         | 02:05        | 00:00        | 10:41         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 11:40     | 17:37   | 17:50     | 18:40   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:47         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 11:40     | 15:51   | 16:13     | 18:04   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:02         |
| 07/06 sex                                 | 17:42     | 20:35   | 20:50     | 23:54   | 05:45         | 02:10        | 00:00        | 05:57         |
| 08/06 sab                                 | 11:53     | 17:01   | 17:13     | 18:20   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:15         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 11:47     | 14:15   | 14:30     | 18:17   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:15         |
| 11/06 ter                                 | 11:49     | 16:49   | 17:06     | 18:02   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:56         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 12:06     | 20:45   | 21:34     | 23:56   | 05:45         | 02:12        | 00:00        | 11:01         |
| 14/06 sex                                 | 11:39     | 16:58   | 17:20     | 18:07   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:06         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 11:54     | 17:07   | 17:30     | 18:11   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:54         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 11:41     | 14:55   | 15:16     | 15:57   | 03:55         | 00:00        | 00:00        | 03:55         |
| 20/06 qui                                 | 11:52     | 17:08   | 17:24     | 18:09   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:01         |
| <b>TOTAL: 20 dias, 10 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>112:51</b> | <b>08:36</b> | <b>00:00</b> | <b>137:32</b> |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandopolis - Início: Segunda  
7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga  
15/5 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

JOSIANE DOS SANTOS  
PEREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 22 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                      | Entrada 1                 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                                 | 06:51                     | 11:51   | 12:52     | 19:11   | 11:19         | 00:00        | 00:00        | 11:19         |
| 22/05 qua                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                                 | 07:01                     | 11:37   | 12:39     | 15:51   | 07:48         | 00:00        | 00:00        | 07:48         |
| 28/05 ter                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                                 | 06:55                     | 11:53   | 12:53     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 30/05 qui                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                                 | 06:58                     | 11:15   | 12:30     | 19:03   | 10:50         | 00:00        | 00:00        | 10:50         |
| 01/06 sab                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                                 | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                                 | 06:55                     | 11:52   | 13:07     | 19:19   | 10:50         | 00:00        | 00:00        | 11:09         |
| 05/06 qua                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                                 | 06:59                     | 12:01   | 13:01     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 07/06 sex                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                                 | 06:58                     | 12:40   | 13:53     | 19:10   | 10:59         | 00:00        | 00:00        | 10:59         |
| 09/06 dom                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                                 | 06:56                     | 11:25   | 12:35     | 19:09   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 11/06 ter                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                                 | 07:00                     | 11:33   | 12:47     | 19:13   | 10:59         | 00:00        | 00:00        | 10:59         |
| 13/06 qui                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                                 | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                                 | 06:50                     | 11:25   | 12:41     | 19:06   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 19/06 qua                                                 | 19:10                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                                 | 06:54                     | 12:01   | 12:58     | 19:08   | 11:17         | 00:00        | 00:00        | 11:17         |
| <b>TOTAL: 11 dias, 18 folgas/feriados, 2 afastamentos</b> |                           |         |           |         | <b>118:02</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>118:21</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

KELLY CRISTINA RAMOS  
ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **LAIS MARANI SILVA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função  
**FARMACÊUTICO(A)**

| Data                                              | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|---------------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                         | 07:14     | 13:24   | 14:28     | 17:39   | 09:30         | 00:00        | 00:00        | 09:30         |
| 22/05 qua                                         | 07:09     | 13:54   | 14:56     | 17:00   | 08:49         | 00:00        | 00:00        | 08:49         |
| 23/05 qui                                         | 07:12     | 13:36   | 14:37     | 17:01   | 08:48         | 00:00        | 00:00        | 08:48         |
| 24/05 sex                                         | 07:13     | 14:07   | 15:19     | 17:30   | 09:05         | 00:00        | 00:00        | 09:05         |
| 25/05 sab                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                         | 07:18     | 13:58   | 15:32     | 17:05   | 08:13         | 00:00        | 00:00        | 08:13         |
| 28/05 ter                                         | 07:07     | 13:15   | 14:24     | 17:07   | 08:51         | 00:00        | 00:00        | 08:51         |
| 29/05 qua                                         | 07:13     | 13:08   | 14:14     | 17:03   | 08:44         | 00:00        | 00:00        | 08:44         |
| 30/05 qui                                         | 07:12     | 11:29   | 12:35     | 17:04   | 08:46         | 00:00        | 00:00        | 08:46         |
| 31/05 sex                                         | 07:20     | 14:29   | 15:37     | 17:30   | 09:02         | 00:00        | 00:00        | 09:02         |
| 01/06 sab                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                         | 07:23     | 14:00   |           |         | 06:37         | 00:00        | 00:00        | 06:37         |
| 04/06 ter                                         | 07:14     | 14:40   | 15:50     | 17:07   | 08:43         | 00:00        | 00:00        | 08:43         |
| 05/06 qua                                         | 07:07     | 15:05   | 18:06     |         | 07:58         | 00:00        | 00:00        | 07:58         |
| 06/06 qui                                         | 09:17     | 14:30   | 15:58     | 17:21   | 06:36         | 00:00        | 00:00        | 06:36         |
| 07/06 sex                                         | 07:11     | 16:02   | 17:26     | 18:02   | 09:30         | 00:00        | 00:00        | 09:30         |
| 08/06 sab                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                         | 07:14     | 14:14   | 15:46     | 18:07   | 09:30         | 00:00        | 00:00        | 09:30         |
| 11/06 ter                                         | 07:35     | 13:19   | 14:34     | 16:08   | 07:18         | 00:00        | 00:00        | 07:18         |
| 12/06 qua                                         | 07:21     | 14:52   | 15:57     | 18:11   | 09:30         | 00:00        | 00:00        | 09:30         |
| 13/06 qui                                         | 07:59     | 13:28   | 14:28     | 17:19   | 08:20         | 00:00        | 00:00        | 08:20         |
| 14/06 sex                                         | 07:27     | 13:40   | 14:40     | 16:31   | 08:04         | 00:00        | 00:00        | 08:04         |
| 15/06 sab                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                         | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                         | 07:21     | 13:45   | 14:28     | 17:01   | 08:57         | 00:00        | 00:00        | 08:57         |
| 18/06 ter                                         | 07:59     | 12:35   | 13:35     | 17:04   | 08:05         | 00:00        | 00:00        | 08:05         |
| 19/06 qua                                         | 07:30     | 14:26   | 15:28     | 19:01   | 09:30         | 00:00        | 00:00        | 09:30         |
| 20/06 qui                                         | Falta     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 22 dias, 1 falta, 8 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>188:26</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>188:26</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 8H A 17:30H - Início: Segunda  
 5 dias x 08:00-17:30 SR = 09:30 Folga 2 dias  
 10/99 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado)

LAIS MARANI SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 24 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                     | Entrada 1                 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                                | 07:00                     | 13:07   | 13:58     | 18:43   | 10:52         | 00:00        | 00:00        | 10:52         |
| 23/05 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                                | 07:02                     | 13:08   | 14:10     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 25/05 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                                | 07:13                     | 12:59   | 13:54     | 19:09   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 27/05 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                                | 07:10                     | 13:03   | 14:03     | 19:09   | 10:59         | 00:00        | 00:00        | 10:59         |
| 29/05 qua                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                                | 07:01                     | 12:54   | 13:53     | 19:06   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 31/05 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                                | 07:02                     | 13:27   | 14:21     | 19:24   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:24         |
| 03/06 seg                                                | 07:06                     | 12:17   | 13:21     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 04/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                                | 07:07                     | 12:33   | 13:33     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 06/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                                | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                                | 06:59                     | 12:12   | 13:17     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 10/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                                | 07:04                     | 12:24   | 13:28     | 19:13   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 13/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                                | 07:13                     | 13:21   | 14:25     | 19:05   | 10:48         | 00:00        | 00:00        | 10:48         |
| 19/06 qua                                                | 19:10                     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                                | 07:11                     | 12:22   | 13:32     | 19:07   | 10:46         | 00:00        | 00:00        | 10:46         |
| <b>TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados, 1 afastamento</b> |                           |         |           |         | <b>131:25</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>131:49</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

LETICIA MAIARA DOS SANTOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 25 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **LUCAS CARVALHO DOS SANTOS**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                      | Entrada 1                 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/05 qui                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/05 sex                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 25/05 sab                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/05 dom                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/05 seg                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/05 qua                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/05 qui                                                 | Afastamento - FÉRIAS      |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/05 sex                                                 | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/06 sab                                                 | 18:51                     | 19:18   | 20:13     | 07:11   | 11:25        | 08:00        | 00:00        | 11:25        |
| 02/06 dom                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/06 ter                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/06 qua                                                 | 18:48                     | 19:28   | 20:20     | 07:10   | 11:30        | 08:00        | 00:00        | 11:30        |
| 06/06 qui                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                                                 | 18:47                     | 19:24   | 20:16     | 07:22   | 11:21        | 08:00        | 00:00        | 11:43        |
| 08/06 sab                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/06 dom                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/06 seg                                                 | 18:54                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/06 ter                                                 | 18:54                     | 19:26   | 20:16     | 07:09   | 11:25        | 08:00        | 00:00        | 11:25        |
| 12/06 qua                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/06 qui                                                 | 18:53                     | 19:35   | 20:32     | 07:06   | 11:16        | 08:00        | 00:00        | 11:16        |
| 14/06 sex                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                                                 | 18:54                     | 19:24   | 20:21     | 07:05   | 11:00        | 08:00        | 00:00        | 11:00        |
| 16/06 dom                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/06 ter                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/06 qua                                                 | 18:55                     | 19:25   | 20:17     | 07:06   | 11:19        | 08:00        | 00:00        | 11:19        |
| 20/06 qui                                                 | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 7 dias, 13 folgas/feriados, 11 afastamentos</b> |                           |         |           |         | <b>79:16</b> | <b>56:00</b> | <b>00:00</b> | <b>79:38</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS  
SANTOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 26 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **LUIS FERANDO BETONI**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função  
**FISIOTERAPEUTA**

| Data                                                      | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/05 qui                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/05 sex                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 25/05 sab                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/05 dom                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/05 seg                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/05 qua                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/05 qui                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/05 sex                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/06 sab                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                                                 | 11:58                | 17:10   | 17:26     | 18:27   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:13        |
| 04/06 ter                                                 | 11:59                | 17:36   | 17:50     | 17:57   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:45        |
| 05/06 qua                                                 | 12:07                | 17:38   | 17:50     | 18:10   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:51        |
| 06/06 qui                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                                                 | 11:53                | 16:00   | 16:15     | 18:02   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:54        |
| 08/06 sab                                                 | 05:58                | 11:16   | 11:30     | 12:06   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:54        |
| 09/06 dom                                                 | 05:57                | 11:52   | 13:11     | 18:03   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 10:47        |
| 10/06 seg                                                 | 12:00                | 16:42   | 16:55     | 18:02   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:45        |
| 11/06 ter                                                 | 12:11                | 17:17   | 17:30     | 18:02   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:45        |
| 12/06 qua                                                 | 12:01                | 17:00   | 17:15     | 18:02   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:45        |
| 13/06 qui                                                 | 11:58                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/06 sex                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                                                 | 11:58                | 17:35   | 17:50     | 18:05   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:52        |
| 16/06 dom                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                                                 | 11:58                | 17:01   | 17:11     | 18:20   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:12        |
| 18/06 ter                                                 | 11:52                | 16:25   | 16:40     | 18:00   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:53        |
| 19/06 qua                                                 | 11:55                | 14:55   | 15:10     | 18:13   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:03        |
| 20/06 qui                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 13 dias, 6 folgas/feriados, 12 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>74:45</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>81:39</b> |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda  
7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga  
15/5 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

LUIS FERANDO BETONI

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                              | Entrada 1                         | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Entrada 3 | Saída 3 | Trabalhadas | Total Not. | Extra A | Total Geral |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-------------|------------|---------|-------------|
| 21/05 ter                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 22/05 qua                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 23/05 qui                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 24/05 sex                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 25/05 sab                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 26/05 dom                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 27/05 seg                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 28/05 ter                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 29/05 qua                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 30/05 qui                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 31/05 sex                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 01/06 sab                                         | Afastamento - AFASTAMENTO         |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 02/06 dom                                         | Folga                             |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 03/06 seg                                         | Folga                             |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 04/06 ter                                         | Folga                             |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 05/06 qua                                         | Folga                             |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 06/06 qui                                         | 06:59                             | 12:02   | 13:02     | 13:08   | 19:10     |         | 05:09       | 00:00      | 00:00   | 05:09       |
| 07/06 sex                                         | Folga                             |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 08/06 sab                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 09/06 dom                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 10/06 seg                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 11/06 ter                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 12/06 qua                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 13/06 qui                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 14/06 sex                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 15/06 sab                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 16/06 dom                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 17/06 seg                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 18/06 ter                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 19/06 qua                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| 20/06 qui                                         | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         |           |         |           |         | 00:00       | 00:00      | 00:00   | 00:00       |
| TOTAL: 1 dias, 5 folgas/feriados, 25 afastamentos |                                   |         |           |         |           |         | 05:09       | 00:00      | 00:00   | 05:09       |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

\_/\_/\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 28 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **MARCIA MAIARA POSSENTI**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX  
ADMINISTRATIVO**

| Data                                     | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Entrada 3 | Saída 3 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                | 07:28     | 09:58   | 12:17     | 17:12   |           |         | 07:25         | 00:00        | 00:00        | 07:25         |
| 22/05 qua                                | 07:24     | 11:00   | 13:05     | 15:46   |           |         | 06:17         | 00:00        | 00:00        | 06:17         |
| 23/05 qui                                | 07:34     | 11:23   | 12:36     | 17:11   |           |         | 08:24         | 00:00        | 00:00        | 08:24         |
| 24/05 sex                                | 07:47     | 12:22   | 13:22     | 16:55   |           |         | 08:08         | 00:00        | 00:00        | 08:08         |
| 25/05 sab                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                | 07:28     | 11:09   | 12:20     | 16:38   |           |         | 07:59         | 00:00        | 00:00        | 07:59         |
| 28/05 ter                                | 07:24     | 11:12   | 12:34     | 16:38   |           |         | 07:52         | 00:00        | 00:00        | 07:52         |
| 29/05 qua                                | 07:08     | 11:14   | 12:12     | 16:35   |           |         | 08:29         | 00:00        | 00:00        | 08:29         |
| 30/05 qui                                | 07:06     | 11:41   | 12:54     | 16:47   |           |         | 08:28         | 00:00        | 00:00        | 08:28         |
| 31/05 sex                                | 07:09     | 11:20   | 12:39     | 16:42   |           |         | 08:14         | 00:00        | 00:00        | 08:14         |
| 01/06 sab                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                | 07:26     | 11:13   | 12:21     | 16:35   |           |         | 08:01         | 00:00        | 00:00        | 08:01         |
| 04/06 ter                                | 07:10     | 11:40   | 12:40     | 16:44   |           |         | 08:34         | 00:00        | 00:00        | 08:34         |
| 05/06 qua                                | 07:15     | 11:07   | 12:23     | 16:39   |           |         | 08:08         | 00:00        | 00:00        | 08:08         |
| 06/06 qui                                | 07:19     | 10:41   | 11:30     | 16:43   |           |         | 08:35         | 00:00        | 00:00        | 08:35         |
| 07/06 sex                                | 07:19     | 11:12   | 12:27     | 16:31   |           |         | 07:57         | 00:00        | 00:00        | 07:57         |
| 08/06 sab                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                | 07:19     | 11:21   | 12:35     | 16:38   |           |         | 08:05         | 00:00        | 00:00        | 08:05         |
| 11/06 ter                                | 07:22     | 12:57   | 13:38     | 16:34   |           |         | 08:31         | 00:00        | 00:00        | 08:31         |
| 12/06 qua                                | 07:27     | 11:22   | 12:47     | 16:38   |           |         | 07:46         | 00:00        | 00:00        | 07:46         |
| 13/06 qui                                | 07:12     | 11:06   | 12:35     | 16:34   |           |         | 07:53         | 00:00        | 00:00        | 07:53         |
| 14/06 sex                                | 08:29     | 11:28   | 12:41     | 16:34   |           |         | 06:52         | 00:00        | 00:00        | 06:52         |
| 15/06 sab                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                | 07:21     | 11:20   | 12:16     | 16:39   |           |         | 08:22         | 00:00        | 00:00        | 08:22         |
| 18/06 ter                                | 07:29     | 11:12   | 13:10     | 16:34   | 16:35     |         | 07:07         | 00:00        | 00:00        | 07:07         |
| 19/06 qua                                | 07:17     | 11:00   | 12:14     | 16:30   |           |         | 07:59         | 00:00        | 00:00        | 07:59         |
| 20/06 qui                                | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 22 dias, 9 folgas/feriados</b> |           |         |           |         |           |         | <b>175:06</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>175:06</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda  
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias  
10/99 [Atraso+Extra A]  
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **MARIA JOSE CARDOSO**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                      | Entrada 1           | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/05 qui                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/05 sex                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 25/05 sab                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/05 dom                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/05 seg                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/05 qua                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/05 qui                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/05 sex                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/06 sab                                                 | Afastamento - FÉRIA |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/06 ter                                                 | 18:47               | 20:02   | 20:53     | 07:06   | 11:28        | 08:00        | 00:00        | 11:28        |
| 05/06 qua                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/06 qui                                                 | 18:48               | 20:14   | 21:17     | 07:05   | 11:00        | 08:00        | 00:00        | 11:00        |
| 07/06 sex                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/06 sab                                                 | 18:54               | 20:35   | 21:36     | 07:05   | 11:00        | 08:00        | 00:00        | 11:00        |
| 09/06 dom                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/06 seg                                                 | 18:46               | 20:13   | 21:10     | 07:13   | 11:30        | 08:00        | 00:00        | 11:30        |
| 11/06 ter                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/06 qua                                                 | 18:44               | 20:12   | 21:13     | 07:08   | 11:00        | 08:00        | 00:00        | 11:16        |
| 13/06 qui                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/06 sex                                                 | 18:42               | 20:11   | 21:07     | 07:04   | 11:00        | 08:00        | 00:00        | 11:18        |
| 15/06 sab                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/06 dom                                                 | 18:49               | 19:54   | 20:55     | 07:04   | 11:00        | 08:00        | 00:00        | 11:00        |
| 17/06 seg                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/06 ter                                                 | 18:51               | 20:24   | 21:23     | 07:07   | 11:17        | 08:00        | 00:00        | 11:17        |
| 19/06 qua                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/06 qui                                                 | Folga               |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 8 dias, 11 folgas/feriados, 12 afastamentos</b> |                     |         |           |         | <b>89:15</b> | <b>64:00</b> | <b>00:00</b> | <b>89:49</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

MARIA JOSE CARDOSO

\_/\_/\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 30 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função  
**FISIOTERAPEUTA**

| Data                                                     | Entrada 1                 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                                | 18:54                     | 20:11   | 20:23     | 00:50   | 05:45        | 03:14        | 00:00        | 05:45         |
| 22/05 qua                                                | 18:49                     | 20:07   | 20:17     | 00:57   | 05:45        | 03:22        | 00:00        | 05:45         |
| 23/05 qui                                                | 12:45                     | 16:51   | 17:08     | 19:13   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:11         |
| 24/05 sex                                                | 12:42                     | 16:57   | 17:14     | 19:20   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:21         |
| 25/05 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                                | 18:47                     | 20:38   | 20:51     | 01:00   | 05:45        | 03:25        | 00:00        | 05:45         |
| 28/05 ter                                                | 18:50                     | 20:12   | 20:23     | 01:01   | 05:45        | 03:26        | 00:00        | 06:00         |
| 29/05 qua                                                | 12:50                     | 16:54   | 17:14     | 19:23   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:13         |
| 30/05 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                                | 05:51                     | 11:15   | 11:25     | 12:13   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:12         |
| 02/06 dom                                                | 05:54                     | 10:10   | 10:21     | 12:20   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:15         |
| 03/06 seg                                                | 05:51                     | 11:10   | 11:17     | 12:01   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:03         |
| 04/06 ter                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                                | 17:47                     | 19:29   | 19:45     | 23:52   | 05:45        | 02:08        | 00:00        | 05:45         |
| 06/06 qui                                                | 17:46                     | 20:31   | 20:41     | 23:56   | 05:45        | 02:12        | 00:00        | 06:00         |
| 07/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                                | 05:53                     | 10:27   | 10:40     | 12:05   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 12/06 qua                                                | 17:42                     | 19:54   | 20:12     | 00:00   | 05:45        | 02:17        | 00:00        | 06:00         |
| 13/06 qui                                                | Afastamento - AFASTAMENTO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                                | 05:54                     | 10:46   | 11:01     | 12:16   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:07         |
| 16/06 dom                                                | 05:53                     | 10:48   | 10:58     | 12:23   | 05:45        | 00:00        | 00:00        | 06:20         |
| 17/06 seg                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                                | 17:43                     | 20:15   | 20:28     | 23:50   | 05:45        | 02:05        | 00:00        | 05:45         |
| 19/06 qua                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                                | Folga                     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 17 dias, 13 folgas/feriados, 1 afastamento</b> |                           |         |           |         | <b>97:45</b> | <b>22:09</b> | <b>00:00</b> | <b>102:12</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 13:00 às 19:00 - Mirandópolis - Início: Segunda  
7 dias x 13:00-15:00 R 15:15-19:00 = 05:45 Sem Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NAIRA LARISSA GUIMARAES  
FELIPE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 31 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **NATALIA PAZINATO DA SILVA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Entrada 3 | Saída 3 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 06:09     | 13:25   | 14:30     | 17:35   |           |         | 09:30         | 00:00        | 00:00        | 10:21         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 06:06     | 13:36   | 14:35     | 17:33   |           |         | 09:34         | 00:00        | 00:00        | 10:28         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 07:00     | 14:30   | 15:30     | 19:06   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 06:09     | 15:16   | 16:16     | 17:40   |           |         | 09:40         | 00:00        | 00:00        | 10:31         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 06:23     | 13:07   | 14:05     | 17:30   |           |         | 09:32         | 00:00        | 00:00        | 10:09         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 06:11     | 14:52   | 15:54     | 17:36   |           |         | 09:34         | 00:00        | 00:00        | 10:23         |
| 01/06 sab                                 | 07:00     | 13:10   | 14:12     | 19:06   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 07:01     | 15:14   | 16:11     | 20:21   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 12:21         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 07:01     | 13:33   | 14:42     | 19:10   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 07:01     | 14:39   | 15:42     | 19:09   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 07:04     | 12:29   | 13:34     | 19:11   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 07:01     | 13:37   | 14:37     | 19:15   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 06:08     | 13:37   | 14:39     | 17:59   |           |         | 09:57         | 00:00        | 00:00        | 10:49         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 07:01     | 13:04   | 14:07     | 19:14   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 18/06 ter                                 | 06:16     | 13:12   | 14:11     | 17:39   | 19:00     |         | 09:40         | 00:00        | 00:00        | 10:24         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 07:01     | 13:45   | 14:47     | 19:07   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| <b>TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados</b> |           |         |           |         |           |         | <b>166:27</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>173:26</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA PAZINATO DA SILVA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 32 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
(A)

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 07:05     | 12:57   | 13:51     | 19:11   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 22/05 qua                                 | 08:21     | 13:22   | 13:50     | 14:43   | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 05:54         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 06:58     | 13:17   | 14:08     | 19:16   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:16         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | 06:57     | 12:24   | 13:35     | 19:17   | 10:52         | 00:00        | 00:00        | 11:09         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 06:56     | 11:34   | 13:13     | 19:08   | 10:33         | 00:00        | 00:00        | 10:33         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | 07:00     | 11:21   | 12:23     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 06:59     | 12:49   | 13:59     | 19:13   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 08/06 sab                                 | 07:02     | 11:26   | 12:21     | 20:43   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 12:43         |
| 09/06 dom                                 | 07:07     | 11:38   | 12:41     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 07:03     | 12:29   | 13:20     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | 07:01     | 12:13   | 12:33     | 14:18   | 06:57         | 00:00        | 00:00        | 06:57         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 06:56     | 12:42   | 13:42     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                 | 07:00     | 11:49   | 12:58     | 19:20   | 10:51         | 00:00        | 00:00        | 11:11         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 18:54     | 20:39   | 21:33     | 07:09   | 11:21         | 08:00        | 00:00        | 11:21         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>138:34</b> | <b>08:00</b> | <b>00:00</b> | <b>147:04</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa, Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER  
NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 33 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **PATRICIA ADRIANA FERREIRA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | 18:52     | 19:34   | 20:27     | 07:05   | 11:20         | 08:00         | 00:00        | 11:20         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | 18:47     | 19:30   | 20:23     | 07:12   | 11:32         | 08:00         | 00:00        | 11:32         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | 18:45     | 19:16   | 20:08     | 07:26   | 11:23         | 08:00         | 00:00        | 11:49         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | 18:50     | 19:20   | 20:10     | 07:05   | 11:25         | 08:00         | 00:00        | 11:25         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 01/06 sab                                 | 18:48     | 19:18   | 20:13     | 07:11   | 11:28         | 08:00         | 00:00        | 11:28         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 19:00     | 19:35   | 20:28     | 07:19   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:19         |
| 04/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 05/06 qua                                 | 18:52     | 19:29   | 20:20     | 07:10   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:27         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | 18:48     | 19:24   | 20:16     | 07:29   | 11:20         | 08:00         | 00:00        | 11:49         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | 18:38     | 19:16   | 20:08     | 07:20   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:42         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 18:57     | 19:26   | 20:15     | 07:08   | 11:22         | 08:00         | 00:00        | 11:22         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 15/06 sab                                 | 19:01     | 19:25   | 20:15     | 07:05   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | 18:55     | 19:35   | 20:27     | 07:06   | 11:19         | 08:00         | 00:00        | 11:19         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 18:54     | 19:25   | 20:17     | 07:06   | 11:20         | 08:00         | 00:00        | 11:20         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>146:56</b> | <b>104:00</b> | <b>00:00</b> | <b>148:52</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

PATRICIA ADRIANA FERREIRA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 34 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saida 1 | Entrada 2 | Saida 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 07:17     | 10:56   | 12:07     | 19:12   | 10:44         | 00:00        | 00:00        | 10:44         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 07:16     | 12:02   | 13:08     | 19:03   | 10:41         | 00:00        | 00:00        | 10:41         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 07:15     | 13:02   | 14:00     | 19:06   | 10:53         | 00:00        | 00:00        | 10:53         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 07:17     | 12:40   | 13:50     | 19:05   | 10:38         | 00:00        | 00:00        | 10:38         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 07:18     | 11:40   | 12:49     | 19:00   | 10:33         | 00:00        | 00:00        | 10:33         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 06:51     | 12:07   | 13:05     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 07:24     | 12:28   | 13:37     | 19:11   | 10:38         | 00:00        | 00:00        | 10:38         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 07:01     | 11:46   | 12:55     | 19:13   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 07:14     | 12:13   | 13:15     | 19:06   | 10:50         | 00:00        | 00:00        | 10:50         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 07:14     | 12:11   | 13:24     | 19:07   | 10:40         | 00:00        | 00:00        | 10:40         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 11/06 ter                                 | 07:19     | 12:48   | 13:50     | 19:08   | 10:47         | 00:00        | 00:00        | 10:47         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 07:07     | 12:10   | 13:19     | 19:19   | 10:44         | 00:00        | 00:00        | 11:03         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 07:08     | 12:30   | 13:27     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 07:17     | 12:01   | 13:06     | 19:05   | 10:43         | 00:00        | 00:00        | 10:43         |
| 19/06 qua                                 | 19:10     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 07:09     | 12:32   | 13:40     | 19:05   | 10:48         | 00:00        | 00:00        | 10:48         |
| <b>TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>161:39</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>161:58</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

PATRICIA MICHELE DE  
ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

# Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 35 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
(A)

| Data                                                     | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|----------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                                                | 07:00                | 13:49   | 15:03     | 19:38   | 10:46        | 00:00        | 00:00        | 11:24        |
| 23/05 qui                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/05 sex                                                | 06:58                | 11:19   | 12:13     | 19:02   | 11:00        | 00:00        | 00:00        | 11:00        |
| 25/05 sab                                                | 07:00                | 14:21   | 15:40     | 19:52   | 10:41        | 00:00        | 00:00        | 11:33        |
| 26/05 dom                                                | 06:54                | 14:44   | 15:44     | 19:16   | 11:00        | 00:00        | 00:00        | 11:16        |
| 27/05 seg                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/05 qua                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/05 qui                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/05 sex                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/06 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 4 dias, 7 folgas/feriados, 20 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>43:27</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>45:13</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

PRISCILA SANTOS LEITE DE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 36 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 17:57     | 20:37   | 21:36     | 06:01   | 10:02         | 08:00         | 00:00        | 11:05         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 17:59     | 20:19   | 21:16     | 06:00   | 10:03         | 08:00         | 00:00        | 11:04         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 18:25     | 20:36   | 21:33     | 06:25   | 10:28         | 08:00         | 00:00        | 11:03         |
| 26/05 dom                                 | 17:52     | 20:06   | 20:55     | 06:00   | 10:11         | 08:00         | 00:00        | 11:19         |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 17:56     | 20:00   | 20:58     | 06:00   | 10:02         | 08:00         | 00:00        | 11:06         |
| 01/06 sab                                 | 18:51     | 20:01   | 21:00     | 07:00   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 02/06 dom                                 | 18:03     | 20:00   | 20:57     | 06:00   | 10:03         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 18:50     | 20:08   | 20:57     | 07:00   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:21         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 18:53     | 20:06   | 21:17     | 07:11   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 18:55     | 20:02   | 20:58     | 07:05   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 18:48     | 20:09   | 20:52     | 07:17   | 11:29         | 08:00         | 00:00        | 11:46         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 18:02     | 20:12   | 21:05     | 06:00   | 10:07         | 08:00         | 00:00        | 11:05         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 18:48     | 20:08   | 21:03     | 07:07   | 11:24         | 08:00         | 00:00        | 11:24         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 18:46     | 20:18   | 21:17     | 07:03   | 11:18         | 08:00         | 00:00        | 11:18         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>149:28</b> | <b>112:00</b> | <b>00:00</b> | <b>156:31</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

REGINA LEIA PARRO  
RODRIGUES DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 37 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **RENATA MONTI FORNAZARI**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
(A)

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | 06:53     | 13:13   | 14:12     | 19:30   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:30         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 06:49     | 14:06   | 14:51     | 19:57   | 11:26         | 00:00        | 00:00        | 12:23         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 06:55     | 13:31   | 14:37     | 19:21   | 10:59         | 00:00        | 00:00        | 11:20         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 06:54     | 13:38   | 14:44     | 19:36   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:36         |
| 01/06 sab                                 | 06:54     | 13:48   | 14:46     | 19:13   | 11:21         | 00:00        | 00:00        | 11:21         |
| 02/06 dom                                 | 07:00     | 13:38   | 14:39     | 20:33   | 10:59         | 00:00        | 00:00        | 12:32         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 06:54     | 13:25   | 14:28     | 20:49   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 12:49         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 06:52     | 13:14   | 14:17     | 19:26   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:26         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 06:54     | 14:12   | 15:16     | 19:38   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:38         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 18:44     | 20:12   | 21:14     | 07:16   | 10:58         | 08:00        | 00:00        | 11:30         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 06:52     | 13:42   | 14:42     | 19:26   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:26         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 06:55     | 13:07   | 14:08     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:00         |
| 19/06 qua                                 | 19:15     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 06:53     | 13:16   | 14:15     | 19:20   | 11:00         | 00:00        | 00:00        | 11:20         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>143:43</b> | <b>08:00</b> | <b>00:00</b> | <b>151:51</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

RENATA MONTI FORNAZARI

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 38 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **RICARDO DE CARVALHO**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.    | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 24/05 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/05 sab                                 | 18:48     | 20:11   | 21:11     | 07:01   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 18:45     | 20:19   | 21:19     | 07:05   | 11:20         | 08:00         | 00:00        | 11:20         |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/05 qua                                 | 18:44     | 20:02   | 21:01     | 07:07   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:16         |
| 30/05 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/05 sex                                 | 18:46     | 20:13   | 21:13     | 07:13   | 11:27         | 08:00         | 00:00        | 11:27         |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | 18:45     | 20:34   | 21:36     | 07:03   | 11:16         | 08:00         | 00:00        | 11:16         |
| 03/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/06 ter                                 | 18:47     | 20:02   | 20:58     | 07:12   | 11:29         | 08:00         | 00:00        | 11:29         |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/06 qui                                 | 18:46     | 20:24   | 21:22     | 07:05   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:21         |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/06 sab                                 | 18:50     | 20:35   | 21:34     | 07:05   | 11:16         | 08:00         | 00:00        | 11:16         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 18:45     | 20:18   | 21:10     | 07:14   | 11:37         | 08:00         | 00:00        | 11:37         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 18:47     | 20:25   | 21:24     | 07:10   | 11:24         | 08:00         | 00:00        | 11:24         |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/06 sex                                 | 18:45     | 20:12   | 21:11     | 07:04   | 11:20         | 08:00         | 00:00        | 11:20         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 18:47     | 19:54   | 20:55     | 07:09   | 11:21         | 08:00         | 00:00        | 11:21         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | 18:51     | 20:01   | 21:07     | 07:04   | 11:00         | 08:00         | 00:00        | 11:00         |
| 19/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/06 qui                                 | 18:45     | 20:21   | 21:23     | 07:10   | 11:23         | 08:00         | 00:00        | 11:23         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>158:14</b> | <b>112:00</b> | <b>00:00</b> | <b>158:30</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

RICARDO DE CARVALHO

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **SONIA MARIA RIZZO**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                     | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|----------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                                                | 06:50                | 12:07   | 13:03     | 19:07   | 11:21        | 00:00        | 00:00        | 11:21        |
| 23/05 qui                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/05 sex                                                | 06:51                | 12:07   | 13:03     | 19:07   | 11:20        | 00:00        | 00:00        | 11:20        |
| 25/05 sab                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/05 dom                                                | 06:51                | 12:05   | 12:58     | 19:08   | 11:24        | 00:00        | 00:00        | 11:24        |
| 27/05 seg                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                                                | 06:59                | 12:05   | 12:57     | 19:07   | 11:16        | 00:00        | 00:00        | 11:16        |
| 29/05 qua                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/05 qui                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/05 sex                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/06 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/06 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/06 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/06 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/06 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 4 dias, 7 folgas/feriados, 20 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>45:21</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>45:21</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

SONIA MARIA RIZZO

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 40 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **THAIS BOARETO DA SILVA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função  
**ENFERMEIRO(A) RT**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                 | 08:16     | 12:45   | 13:41     | 16:58   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 07:46         |
| 22/05 qua                                 | 08:06     | 12:32   | 13:22     | 16:45   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 07:49         |
| 23/05 qui                                 | 08:05     | 12:08   | 13:36     | 17:11   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 07:38         |
| 24/05 sex                                 | 08:29     | 12:40   | 13:49     | 16:55   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 07:17         |
| 25/05 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                 | 08:06     | 12:18   | 13:20     | 17:08   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 08:00         |
| 28/05 ter                                 | 08:00     | 12:54   | 13:51     | 17:09   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 08:12         |
| 29/05 qua                                 | 09:16     | 16:05   | 20:16     | 23:26   | 07:00         | 01:38        | 00:00        | 09:59         |
| 30/05 qui                                 | 11:58     | 17:00   |           |         | 05:02         | 00:00        | 00:00        | 05:02         |
| 31/05 sex                                 | 08:34     | 13:10   | 14:21     | 17:04   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 07:19         |
| 01/06 sab                                 | 08:28     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                 | 07:00     | 13:11   | 14:11     | 17:02   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 09:02         |
| 04/06 ter                                 | 07:01     | 12:38   | 13:33     | 18:07   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 10:11         |
| 05/06 qua                                 | 07:25     | 11:48   | 12:43     | 17:48   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 09:28         |
| 06/06 qui                                 | 08:00     | 12:20   | 13:25     | 17:00   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 07:55         |
| 07/06 sex                                 | 08:27     | 12:40   | 13:30     | 16:32   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 07:15         |
| 08/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                 | 08:41     | 11:59   |           |         | 03:18         | 00:00        | 00:00        | 03:18         |
| 11/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 12/06 qua                                 | 07:09     | 13:44   | 14:44     | 20:27   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 12:18         |
| 13/06 qui                                 | 09:48     | 12:30   | 13:23     | 21:18   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 10:37         |
| 14/06 sex                                 | 09:23     | 13:50   | 14:40     | 20:10   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 09:57         |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                 | 07:00     | 14:26   | 15:20     | 19:47   | 12:00         | 08:00        | 00:00        | 35:53         |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 19/06 qua                                 | 07:28     | 13:23   | 14:16     | 19:49   | 07:00         | 00:00        | 00:00        | 11:28         |
| 20/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 20 dias, 11 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>139:20</b> | <b>09:38</b> | <b>00:00</b> | <b>196:24</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início:  
Segunda  
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias  
5/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 41 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                    | Entrada 1      | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|-----------------------------------------|----------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 01/06 sab                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/06 ter                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/06 qua                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/06 qui                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/06 sab                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/06 dom                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/06 seg                               | Sem Expediente |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/06 ter                               | 07:37          | 12:20   | 13:21     | 19:07   | 10:29        | 00:00        | 00:00        | 10:29        |
| 12/06 qua                               | Folga          |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/06 qui                               | 06:51          | 12:00   | 12:58     | 19:10   | 11:21        | 00:00        | 00:00        | 11:21        |
| 14/06 sex                               | Folga          |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                               | 06:46          | 12:02   | 12:57     | 19:04   | 11:23        | 00:00        | 00:00        | 11:23        |
| 16/06 dom                               | Folga          |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                               | 06:49          | 12:29   | 13:20     | 19:14   | 11:34        | 00:00        | 00:00        | 11:34        |
| 18/06 ter                               | Folga          |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/06 qua                               | 06:49          | 12:23   | 13:16     | 19:06   | 11:24        | 00:00        | 00:00        | 11:24        |
| 20/06 qui                               | Folga          |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 5 dias, 5 folgas/feriados</b> |                |         |           |         | <b>56:11</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>56:11</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090198 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA  
DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Cartão de Ponto de 21/05/2019 a 20/06/2019

página 42 de 43  
Impresso em 25/06/2019 18:42

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **VIVIANE LIE YOKOYAMA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função  
**FISIOTERAPEUTA**

| Data                                     | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Total Not.   | Extra A      | Total Geral   |
|------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 21/05 ter                                | 06:45     | 12:15   | 12:27     | 13:21   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:24         |
| 22/05 qua                                | 06:39     | 12:13   | 12:30     | 13:09   | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 06:13         |
| 23/05 qui                                | 06:51     | 12:15   | 12:30     | 12:52   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 24/05 sex                                | 06:57     | 12:15   | 12:30     | 12:50   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 25/05 sab                                | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 26/05 dom                                | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 27/05 seg                                | 06:53     | 12:17   | 12:30     | 13:00   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 28/05 ter                                | 06:53     | 12:15   | 12:21     | 12:52   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 29/05 qua                                | 06:57     | 12:15   | 12:30     | 13:01   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 30/05 qui                                | 06:50     | 12:15   | 12:30     | 12:53   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 31/05 sex                                | 06:50     | 12:15   | 12:28     | 13:35   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:32         |
| 01/06 sab                                | 05:53     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 02/06 dom                                | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 03/06 seg                                | 05:50     | 11:15   | 11:27     | 12:10   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:08         |
| 04/06 ter                                | 05:51     | 11:15   | 11:32     | 11:53   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 05/06 qua                                | 05:48     | 11:15   | 11:30     | 12:19   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:16         |
| 06/06 qui                                | 05:46     | 10:16   | 10:30     | 12:08   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:08         |
| 07/06 sex                                | 05:45     | 10:15   | 10:30     | 12:16   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:16         |
| 08/06 sab                                | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 09/06 dom                                | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 10/06 seg                                | 05:43     | 10:15   | 10:30     | 12:04   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:06         |
| 11/06 ter                                | 05:50     | 10:15   | 10:30     | 12:01   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 12/06 qua                                | 05:48     | 10:15   | 10:30     | 12:15   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:12         |
| 13/06 qui                                | 05:45     | 10:15   | 10:30     | 12:15   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:15         |
| 14/06 sex                                | 05:48     | 10:15   | 10:30     | 11:51   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 15/06 sab                                | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 16/06 dom                                | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        | 00:00         |
| 17/06 seg                                | 05:43     | 11:25   | 11:40     | 12:07   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:09         |
| 18/06 ter                                | 05:45     | 10:15   | 10:32     | 12:01   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 19/06 qua                                | 05:47     | 10:16   | 10:35     | 11:53   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 05:45         |
| 20/06 qui                                | 05:44     | 10:15   | 10:29     | 11:59   | 05:45         | 00:00        | 00:00        | 06:01         |
| <b>TOTAL: 22 dias, 9 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>126:30</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>137:55</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2019  
Fonte de Recurso Estadual  
Secretaria de Estado da Saúde  
UGE 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 Seg á sext - Mirandopolis -  
Início: Segunda  
5 dias x 07:00-11:00 R 11:15-13:00 = 05:45 Folga 2 dias  
15/15 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VIVIANE LIE YOKOYAMA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **WILLIAN SOUZA SALADINI**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função  
**FISIOTERAPEUTA**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Total Not.   | Extra A      | Total Geral  |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 21/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/05 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/05 qui                                 | 19:07     | 22:20   | 22:39     | 01:03   | 05:45        | 03:29        | 00:00        | 05:45        |
| 24/05 sex                                 | 19:11     | 22:30   | 22:45     | 01:02   | 05:45        | 03:28        | 00:00        | 05:45        |
| 25/05 sab                                 | 19:12     | 21:00   | 21:23     | 01:04   | 05:29        | 03:30        | 00:00        | 05:29        |
| 26/05 dom                                 | 13:15     | 20:14   | 21:31     | 01:04   | 05:45        | 03:30        | 00:00        | 10:32        |
| 27/05 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/05 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/05 qua                                 | 19:13     | 23:43   | 23:58     | 01:13   | 05:45        | 03:40        | 00:00        | 05:45        |
| 30/05 qui                                 | 19:11     | 22:07   | 22:22     | 01:02   | 05:45        | 03:28        | 00:00        | 05:45        |
| 31/05 sex                                 | 13:34     | 15:00   | 15:30     | 19:01   | 04:57        | 00:00        | 00:00        | 04:57        |
| 01/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/06 seg                                 | 18:11     | 21:03   | 21:22     | 00:05   | 05:45        | 02:22        | 00:00        | 05:45        |
| 04/06 ter                                 | 18:09     | 23:01   | 23:14     | 00:06   | 05:45        | 02:24        | 00:00        | 05:45        |
| 05/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/06 sab                                 | 18:11     | 21:48   | 22:03     | 00:10   | 05:45        | 02:28        | 00:00        | 05:45        |
| 09/06 dom                                 | 18:16     | 20:47   | 21:03     | 00:23   | 05:45        | 02:43        | 00:00        | 05:51        |
| 10/06 seg                                 | 18:13     | 22:34   | 22:49     | 00:11   | 05:45        | 02:29        | 00:00        | 05:45        |
| 11/06 ter                                 | 17:55     | 21:02   | 21:19     | 00:06   | 05:45        | 02:24        | 00:00        | 05:54        |
| 12/06 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/06 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/06 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/06 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/06 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/06 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/06 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/06 qua                                 | 18:06     | 21:21   | 21:36     | 00:04   | 05:45        | 02:21        | 00:00        | 05:45        |
| 20/06 qui                                 | 18:00     | 20:20   | 20:35     | 23:53   | 05:45        | 02:09        | 00:00        | 05:45        |
| <b>TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>85:11</b> | <b>40:25</b> | <b>00:00</b> | <b>90:13</b> |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2019  
 Fonte de Recurso Estadual  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 UGE 090196 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo Despesa. Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda  
 7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga  
 15/5 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

WILLIAN SOUZA SALADINI

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL