

Prestação de Contas

Agosto
2019

Mirandópolis



Consultas - Extrato de conta corrente

G338300951281807037
30/08/2019 10:00:23

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
31/07/2019		0000	00000 000	Saldo Anterior			0,00 C
01/08/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	15.265,45 C	
				01/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/08/2019		0000	13134 250	Folha de Pagamento	25.889	1.673,25 D	
01/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.101	5.482,00 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.102	6.583,90 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.103	1.526,30 D	0,00 C
				HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
05/08/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	39.673,50 C	
				05/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
05/08/2019		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	80.501	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/08/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	74.157,70 C	
				06/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/08/2019		0000	13134 250	Folha de Pagamento	35.653	69.498,95 D	
06/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.601	318,95 D	
				SEGUNDO TABELIAO DE NOTAS E PROTESTO D			
06/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.602	1.903,27 D	
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
06/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.603	1.280,42 D	
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
06/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.604	651,08 D	
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
06/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.605	505,03 D	0,00 C
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
08/08/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	14.870,99 C	
				08/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
08/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.801	2.605,24 D	
				HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
08/08/2019		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	80.802	4.333,86 D	
				033 0139 32916811850 THAIS BOARETO DA			
08/08/2019		0000	13105 375	Impostos	80.803	7.400,15 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
08/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	80.804	531,74 D	0,00 C
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
13/08/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	7.684,46 C	
				13/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
13/08/2019		6790	99015 470	Transfer?ncia enviada	550.037.000.363.151	1.221,04 D	
				13/08 0037 HUMANA AL 00045349461000102			
13/08/2019		6790	99015 470	Transfer?ncia enviada	550.101.000.068.535	1.485,00 D	
				13/08 0101 68535-6 MEDC X EQUIPAM			
13/08/2019		6790	99015 470	Transfer?ncia enviada	550.101.000.068.535	450,00 D	
				13/08 0101 68535-6 MEDC X EQUIPAM			
13/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	81.301	1.996,74 D	
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
13/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	81.302	1.206,87 D	
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
13/08/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	81.303	881,62 D	
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			

13/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.304	443,19 D	0,00 C
		THOMSON REUTERS BRAS			
14/08/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	13.156,67 C		
		14/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.401	261,05 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.402	141,30 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.403	9.500,00 D	
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.404	979,78 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.405	70,00 D	
		RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.406	252,50 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.407	271,85 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.408	417,12 D	
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.409	840,64 D	
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
14/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.410	422,43 D	0,00 C
		SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE PROD			
19/08/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	11.973,86 C		
		19/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
19/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.901	3.113,52 D	
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
19/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.902	1.859,21 D	
		BANCO SOFISA S/A			
19/08/2019	0000	13105 375 Impostos	81.903	912,05 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
19/08/2019	0000	13105 196 INSS Arrecada??o	81.904	6.089,08 D	0,00 C
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 07/2019			
20/08/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	7.936,02 C		
		20/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
20/08/2019	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada 550.058.000.059.599	934,00 D		
		20/08 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C			
20/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.001	99,90 D	
		F B BABETO ME			
20/08/2019	0000	13105 375 Impostos	82.002	1.683,44 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
20/08/2019	0000	13105 375 Impostos	82.003	5.218,68 D	0,00 C
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
22/08/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	10.650,20 C		
		22/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.201	622,85 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.202	171,40 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.203	345,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.204	785,96 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.205	2.568,75 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.206	3.626,45 D	
		BANCO SOFISA S/A			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.207	769,14 D	
		BANCO SOFISA S/A			
22/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.208	1.760,65 D	0,00 C
		BANCO SOFISA S/A			
26/08/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	4.614,60 C		
		26/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.601	2.544,00 D	

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO					
26/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.602	1.680,00 D	
MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS					
26/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.603	272,60 D	
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA					
26/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.604	118,00 D	0,00 C
BANZAY TELECOMUNICACOES E INFO					
27/08/2019	0000	14138 632 Ordem Banc?ria	201.908.260.091.755	355.225,83 C	
463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL					
27/08/2019	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	297.475,58 D	
27/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
27/08/2019	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	57.467,25 D	
27/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
27/08/2019	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.390.901.824.612	60,00 D	
Cobrança referente a 26/08/2019					
27/08/2019	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.390.903.142.102	70,00 D	
Cobrança referente a 26/08/2019					
27/08/2019	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os	872.390.903.697.863	153,00 D	0,00 C
Cobrança referente a 26/08/2019					
28/08/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	103.780,04 C	
28/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
28/08/2019	0000	13134 250 Folha de Pagamento	20.966	1.982,70 D	
28/08/2019	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	82.801	100.794,90 D	
341 0049 026392666000126 WINTER - GEST					
28/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.802	680,00 D	
BIOMEDICAL					
28/08/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	82.803	322,44 D	0,00 C
CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINAS E PAPE					
30/08/2019	3062	03062 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	193.695,54 C	
30/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
30/08/2019	0000	00000 999 S A L D O			193.695,54 C
Saldo				193.695,54 C	
Juros				0,00	
Data de Debito de Juros				30/08/2019	
IOF				0,00	
Data de Debito de IOF				02/09/2019	

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



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G337121247550674017
12/09/2019 12:59:45

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

Data 01/08/2019 Valor R\$ 1.673,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 29, 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 seiscentos e setenta e três reais e vinte e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 12/09/2019 12:59:45

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 000196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo: Despesa. Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

02/08
Mina

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado

ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS

Número Carteira Profissional

43592

Série

00315

PERÍODOS

De Aquisição

04/10/2017 A 03/10/2018

De Gozo das Férias

05/08/2019 A 03/09/2019 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 1.145,66
Média Horas: 17,46
Média Valores: 16,33
Outras Vantagens: 199,60
TOTAL BASE CALCULO: 1.379,05

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 1.379,05 P
1/3 das Férias: 459,68 P
Abono de Férias: 0,00
1/3 do Abono de Férias: 0,00
Adicional do Dobro das Férias: 0,00
1/3 do Dobro das Férias: 0,00
Salário Família: 0,00
1ª Parcela 13º Salário: 0,00
Desconto da Previdência: 165,48 D
Desconto do imposto de Renda: 0,00

TOTAL DOS PROVENTOS: 1.838,73 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 165,48 D
TOTAL LIQUIDO: 1.673,25 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\$ 1.673,25 (um mil seiscentos e setenta e três reais e vinte e cinco centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 05/07/2019

ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.673,25 (um mil seiscentos e setenta e três reais e vinte e cinco 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 cliente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 02/08/2019
MIRANDOPOLIS

ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS

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

01/08/2019
211



Emissão de comprovantes - 3o nível

G336042019208484203
04/09/2019 22:30:08

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090243249865293581658220009779690000548200

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	80.101
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	02/08/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	01/08/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	5.482,00
--------------------	----------

VALOR COBRADO	5.482,00
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	0.7B0.9DC.067.3F3.78C
-----------------	-----------------------

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
925833-ND

Data de Emissão
25/06/2019

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 42 R\$5.478,10
Ped.:20716842 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 5.478,10

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

925833-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 5.478,10

FORMA DE PAGAMENTO

02/08/2019

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 925833 de 25/06/2019.

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

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 925833 Série A8, emitido em 25/06/2019		Número da Nota 10062675 Data e Hora de Emissão 26/06/2019 01:04:16 Código de Verificação 8URP-PUWJ		
PRESTADOR DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: 47.966.934/0001-74 Inscrição Municipal: 5.987.120-2 Nome/Razão Social: TICKET SERVIÇOS S.A. Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL CPF/CNPJ: 46.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: --- Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTO 42 R\$5.470,10 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Ped.:20716842 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM: IRRF 1,50%-IN/SRF 177/97 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44 Data de Vencimento: 02/08/2019 VALOR TOTAL: R\$5.482,00				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PI/S/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	3,90	2,00%	0,07	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fontes	
-		-	IBPT	
OUTRAS INFORMAÇÕES (1) Esta NFS-e foi emitida com respeito na Lei nº 14.097/2005. (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 925833 Série A8, emitido em 25/06/2019. (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2019.				

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

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 9724432

Realizado em: 25/06/2019

Valor (R\$): 5.478,10

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\$): 5.478,10

Data de Crédito: 01/07/2019

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega: 04/07/2019

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\$): 5.478,10

Data de Crédito: 01/07/2019

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega: 04/07/2019

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 MARANI SILVA	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
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
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

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/07/2019	04/07/2019	42	R\$ 5.478,10
				TOTAL BENEFÍCIOS	42
					R\$ 5.478,10
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 5.478,10
TOTAL					R\$ 5.478,10

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090243251416293581658220009179690000658390

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 80.102

DATA DE VENCIMENTO 02/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 01/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 6.583,90

VALOR COBRADO 6.583,90

NR.AUTENTICACAO 3.917.3F5.BAE.EC1.506

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
925992-ND

Data de Emissão
25/06/2019

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\$6.580,00
Ped.:20716852 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 6.580,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
925992-ND	R\$ 6.580,00	02/08/2019

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 925992 de 25/06/2019.

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

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 925992 Série A8, emitido em 25/06/2019		Número da Nota 10052071 Data e Hora de Emissão 26/06/2019 00:39:20 Código de Verificação 7WEP-XRGB		
PRESTADOR DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 5.987.120-2 Nome/Razão Social: TICKET SERVIÇOS S.A. Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05426-070 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: --- Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TRE DISPONIBILIZAÇÃO DE BENEFÍCIO QCD 33 R\$6.588,00 Tarifa de Gestão de Cobrança R\$3,90 Ped.:20718852 Contrato:2004030057121 IR:ISENTO IM: IRE 1,50%-IN/SRE 177/07 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44 Data de Vencimento: 02/08/2019 VALOR TOTAL: R\$6.592,90				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
03208 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	3,90	2,00%	0,07	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	IBPT	
OUTRAS INFORMAÇÕES (1) Esta NFS-e foi emitida com respeito na Lei nº 14.067/2005. (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 925992 Série A8, emitido em 25/06/2019. (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/07/2019.				

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

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 9724530

Realizado em: 25/06/2019

Valor (R\$): 6.580,00

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\$): 6.580,00

Data de Crédito: 01/07/2019

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega: 04/07/2019

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE	UTIMIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI	UTIMIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO	UTIMIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTIMIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	UTIMIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTIMIRANDÓPOLIS	15	14,00		R\$ 210,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTIMIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTIMIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO	UTIMIRANDÓPOLIS	12	14,00		R\$ 168,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS	UTIMIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.580,00

Data de Crédito: 01/07/2019

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega: 04/07/2019

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	22	14,00		R\$ 308,00
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	14	14,00		R\$ 196,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTI MIRANDÓPOLIS	22	14,00		R\$ 308,00
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	13	14,00		R\$ 182,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
293.198.538-43	2156	RENATA MONTI FORNAZARI	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	22	14,00		R\$ 308,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/07/2019	04/07/2019	33	R\$ 6.580,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	33
					R\$ 6.580,00
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 6.580,00
TOTAL					R\$ 6.580,00

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399862915103300000403661201016379680000152630

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	80.103
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	01/08/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	01/08/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	1.526,30
--------------------	----------

VALOR COBRADO	1.526,30
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	5.D1B.5BD.695.904.6D9
-----------------	-----------------------

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



HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD
NUTR LTDA

RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO
17015-022 BAURU SP
Telefone(14) 3368-6900

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 43782
Série 0
FL 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0602 7864 3600 0183 5500 0000 0437 8212 8264 3208

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

135190433050602 17/06/2019 17:01:58

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDAS MERCAD/REC.TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL
209248284110

INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

02.786.436/0001-83

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

17/06/2019

ENDEREÇO

RUA 7 DE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16200-000

MUNICÍPIO

BIAC

FONE/FAX

(14) 3532-5198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA / ENTRADA

17:01

FATURA

0 - A vista

1 - A prazo 1

01/06/2019

1.526,30

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)

480,78

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.526,30

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

1.526,30

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

NOROESTE EXPRESS LOGISTICA E TRANSP LTDA

FRETE POR CONTA

0-CIF

CÓDIGO ANTT

PLACA VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

20762390000144

ENDEREÇO

RUA JOAQUIM ANACLETO BUENO, 2-50

MUNICÍPIO

BAURU

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

209552434112

QUANTIDADE

2

ESPECIE

VOL

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

12,000

PESO LÍQUIDO

12,000

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
54	KABIVEN 1900 KCAL / 2053 ML Lote 10ML1340 Val 30-10-20 Qtd 5,00 Vir aprox. tributos R\$ 480,78 (31,5000% Conf Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	060	5405	UN	5,000	305,2600	1.526,30						

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

AMBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/06/19
ASS. Joms

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

Vir ICMS Inter. p/destino

Vir ICMS Inter. p/remetente

Vir IPI devol.

0,00

RESERVADO AO FISCO

Ind. presença 3=Operação não presencial, Teletendimento

PEDIDO PASSADO POR MICHELE E DIG POR DRIELY ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 BAIRRO: CENTRO CIDADE:

MIRANDÓPOLIS/SP CEP:16800-000-MONTADO E FAT POR LEANDRO.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.01
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: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

VALOR: RS 39.673,50

DEBITO EM: 05/08/2019

=====

DOCUMENTO: 080501

AUTENTICACAO SISBB: 8.4CD.885.E57.EBC.8ED

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

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20190802u34298678000114

Número da Nota

00000004

Data e Hora de Emissão

02/08/2019 16:06:53

Código de Verificação

IMWR-ZHP7**PRESTADOR DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **34.298.678/0001-14**Inscrição Municipal: **6.343.469-5**Nome/Razão Social: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**Endereço: **R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - Cidade Monções - CEP: 04563-060**Município: **São Paulo**UF: **SP****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02**Inscrição Municipal: **----**Endereço: **End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000**Município: **Lins**UF: **SP**E-mail: **jvalentim@ahbb.org.br****INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**CPF/CNPJ: **----**Nome/Razão Social: **----****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS ADMINISTRATIVO, RH E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS / SP. REF 07/2019.

Convênio 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 39.673,50

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	39.673,50	2,00%	793,47	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/09/2019;

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

05/08/2019
 2011

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Previdenciados

EXTRATO MENSAL

CPF:	2329 ALCIONE BOGAZ	Situação:	Trabalhando	CPF:	328.629.558-25	PIS:	128.78920.15-7
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celestista	Adm:	16/01/2018	CTPS/Série:	83878/00240
Idade:	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				

1 Proventos:	1.778,13	Descontos:	160,03	Informativa:	142,25	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.618,10
1 Base INSS:	1.778,13	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.778,13	Valor FGTS:	142,25	Base IRRF:	1.428,51

CPF:	2478 ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Situação:	Trabalhando	CPF:	272.138.738-30	PIS:	125.20024.54-4
Função:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celestista	Adm:	20/10/2018	CTPS/Série:	85228/00154
Idade:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	2.450,39

8781 DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71 P	998	I.N.S.S.	11,00	341,70 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	1,00	81,68 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	36,12 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,65 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	102,45	456,44 P				

2 Proventos:	3.106,43	Descontos:	377,82	Informativa:	248,51	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.728,61
2 Base INSS:	3.106,43	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.106,43	Valor FGTS:	248,51	Base IRRF:	2.385,55

Período igual ou inferior a 15 dias: 03/07/2019 a 03/07/2019

CPF:	2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Situação:	Trabalhando	CPF:	295.556.788-47	PIS:	133.59258.89-3
Função:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	63679/00240
Idade:	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	350,30 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	70,35 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	534,63 P				

0 Proventos:	3.184,62	Descontos:	420,65	Informativa:	254,76	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.763,97
0 Base INSS:	3.184,62	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.184,62	Valor FGTS:	254,76	Base IRRF:	2.834,32

CPF:	2122 ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	214.220.888-63	PIS:	180.90148.36-6
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	083050/00154
Idade:	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				

2 Proventos:	1.543,55	Descontos:	123,48	Informativa:	123,48	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.420,07
2 Base INSS:	1.543,55	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.543,55	Valor FGTS:	123,48	Base IRRF:	1.040,89

CPF:	2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Situação:	Trabalhando	CPF:	214.801.238-03	PIS:	125.41159.51-1
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	64885/00154
Idade:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.343,95

8781 DIAS NORMAIS	25,00	1.119,96 P	998	I.N.S.S.	8,00	135,90 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	5,00	223,99 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	166,33 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	33,27 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	63,52	155,21 P				

0 Proventos:	1.698,76	Descontos:	135,90	Informativa:	135,90	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.562,86
0 Base INSS:	1.698,76	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.698,76	Valor FGTS:	135,90	Base IRRF:	1.562,86

Período igual ou inferior a 15 dias: 11/07/2019 a 15/07/2019

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Mês: Julho
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	014.000.604-43	PIS:	160.99087.56-8
Unidade:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	23/07/2018	CTPS/Série:	29379/00026
Matrícula:	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				

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

Empregado:	2336 BIANCA CAETANO COSTA	Situação:	Trabalhando	CPF:	301.663.768-50	PIS:	128.98626.17-3
Unidade:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	17/01/2018	CTPS/Série:	47168/00315
Matrícula:	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	23,84 D

1 Proventos:	2.649,99	Descontos:	262,33	Informativa:	211,99	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.387,66
1 Base INSS:	2.649,99	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.649,99	Valor FGTS:	211,99	Base IRRF:	2.221,91

Empregado:	2145 CAMILA DONATO INNOCENCIO	Situação:	Doença	CPF:	395.692.218-28	PIS:	207.73635.06-2
Unidade:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	08158/00315
Matrícula:	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				

0 Proventos:	2.649,99	Descontos:	2.649,99	Informativa:	0	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
0 Base INSS:	0,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	0,00	Valor FGTS:	0,00	Base IRRF:	0,00

Período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2019

Empregado:	2125 CATIA FERNANDA FERRAZ	Situação:	Trabalhando	CPF:	377.077.858-86	PIS:	129.80319.17-3
Unidade:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	035412/00370
Matrícula:	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				

1 Proventos:	1.778,13	Descontos:	160,03	Informativa:	142,25	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.618,10
1 Base INSS:	1.778,13	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.778,13	Valor FGTS:	142,25	Base IRRF:	1.428,51

Empregado:	2752 CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	Situação:	Trabalhando	CPF:	295.136.688-43	PIS:	128.09298.18-3
Unidade:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	22/03/2019	CTPS/Série:	85740/00154
Matrícula:	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				

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

Empregado:	2772 DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	218.471.208-65	PIS:	125.02011.74-6
Unidade:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	03/05/2019	CTPS/Série:	039726/00154
Matrícula:	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	161,79 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13 P				

0 Proventos:	1.797,69	Descontos:	161,79	Informativa:	143,81	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.635,90
0 Base INSS:	1.797,69	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.797,69	Valor FGTS:	143,81	Base IRRF:	1.635,90

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Mês: Folha Mensal
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

Emp.: 2126 DEBORA CRISTINA LOCHE	Situação: Trabalhando	CPF: 385.855.778-19	PIS: 203.38786.55-9
Emp.: 300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 30972/00315
Emp.: 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			

0 Proventos:	1.578,56	Descontos:	126,28	Informativa:	126,28	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.452,28
0 Base INSS:	1.578,56	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.578,56	Valor FGTS:	126,28	Base IRRF:	1.452,28

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

8781 DIAS NORMAIS	28,00	1.254,35 P	998 I.N.S.S.	9,00	161,79 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			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13 P			

2 Proventos:	1.797,68	Descontos:	161,79	Informativa:	143,81	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.635,89
1 Base INSS:	1.797,68	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.797,68	Valor FGTS:	143,81	Base IRRF:	1.256,71

Período igual ou inferior a 15 dias: 17/07/2019 a 17/07/2019
Período igual ou inferior a 15 dias: 19/07/2019 a 19/07/2019

Emp.: 2134 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Situação: Trabalhando	CPF: 108.823.788-64	PIS: 124.85513.93-9
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 33522/00115
Emp.: 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	137,55 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	175,94 P			

0 Proventos:	1.719,49	Descontos:	137,55	Informativa:	137,55	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.581,94
0 Base INSS:	1.719,49	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.719,49	Valor FGTS:	137,55	Base IRRF:	1.581,94

Emp.: 2135 EDILENE MANOEL	Situação: Trabalhando	CPF: 291.914.308-52	PIS: 209.15153.56-9
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 11009/00240
Emp.: 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			

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

Emp.: 2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	Situação: Trabalhando	CPF: 095.608.758-25	PIS: 126.22542.14-5
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 040637/00115
Emp.: 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	126,61 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	39,10 P			

0 Proventos:	1.582,65	Descontos:	126,61	Informativa:	126,61	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.456,04
0 Base INSS:	1.582,65	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.582,65	Valor FGTS:	126,61	Base IRRF:	1.456,04

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Município: Folha Mensal
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado: 2137 GISLAINE MACHADO MORABITO Situação: Férias CPF: 322.167.988-27 PIS: 132.60974.45-7
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 09639/00312
Matrícula: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

805 MEDIA VALOR FERIAS	16,33	16,33 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.892,66 D
807 VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60 P	812 INSS FERIAS	9,00	187,18 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	519,96 P			
8783 DIAS FERIAS	30,00	1.343,95 P			

2 Proventos:	2.079,84	Descontos:	2.079,84	Informativa:	166,38	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
2 Base INSS:	2.079,84	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.079,84	Valor FGTS:	166,38	Base IRRF:	0,00

Período: 01/07/2019 - 30/07/2019

Empregado: 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
Matrícula: 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	112,87 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	31,53	65,68 P			

0 Proventos:	1.410,94	Descontos:	112,87	Informativa:	112,87	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.298,07
0 Base INSS:	1.410,94	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.410,94	Valor FGTS:	112,87	Base IRRF:	1.298,07

Empregado: 2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA Situação: Férias 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
Matrícula: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.145,66

805 MEDIA VALOR FERIAS	17,50	17,50 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.675,28 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	17,96	17,96 P	812 INSS FERIAS	9,00	165,68 D
807 VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	460,24 P			
8783 DIAS FERIAS	30,00	1.145,66 P			

0 Proventos:	1.840,96	Descontos:	1.840,96	Informativa:	147,27	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
0 Base INSS:	1.840,96	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.840,96	Valor FGTS:	147,27	Base IRRF:	0,00

Período: 01/07/2019 - 30/07/2019

Empregado: 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
Matrícula: 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			

2 Proventos:	1.797,68	Descontos:	161,79	Informativa:	143,81	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.635,89
1 Base INSS:	1.797,68	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.797,68	Valor FGTS:	143,81	Base IRRF:	1.256,71

Empregado: 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
Matrícula: 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	248,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	45,27 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,17	105,66 P			

0 Proventos:	2.755,65	Descontos:	293,27	Informativa:	220,45	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.462,38
0 Base INSS:	2.755,65	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.755,65	Valor FGTS:	220,45	Base IRRF:	2.507,65

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Mês: Julho
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	7,00	313,59 P	998 I.N.S.S.	8,00	123,48 D
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	9,00	403,18 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	14,00	627,18 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	46,57 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	59,88 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	93,15 P			
0 Proventos:	1.543,55	Descontos:	123,48	Informativa:	123,48
0 Base INSS:	1.543,55	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.543,55
Informativa Dedutora:		0	Líquido:	1.420,07	
Valor FGTS:		123,48	Base IRRF:	1.420,07	

Período igual ou inferior a 15 dias: 06/07/2019 a 19/07/2019
Período maternidade: 22/07/2019 a 18/11/2019

Emp.: 2771 LAIS MARANI SILVA Situação: Trabalhando CPF: 354.059.608-96 PIS: 129.46882.17-0
Emp.: 60 FARMACEUTICO (A) Vínculo: Celetista Adm: 03/05/2019 CTPS/Série: 31047/00315
Emp.: 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			
1 Proventos:	3.149,99	Descontos:	399,73	Informativa:	251,99
1 Base INSS:	3.149,99	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.149,99
Informativa Dedutora:		0	Líquido:	2.750,26	
Valor FGTS:		251,99	Base IRRF:	2.613,91	

Emp.: 2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ Situação: Trabalhando CPF: 427.001.668-09 PIS: 204.92505.78-5
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 018787/00397
Emp.: 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			
0 Proventos:	1.543,55	Descontos:	123,48	Informativa:	123,48
0 Base INSS:	1.543,55	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.543,55
Informativa Dedutora:		0	Líquido:	1.420,07	
Valor FGTS:		123,48	Base IRRF:	1.420,07	

Emp.: 2148 LUCAS CARVALHO DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 400.061.728-14 PIS: 163.67215.87-6
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 48389/00315
Emp.: 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	159,92 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	95,50	233,36 P			
0 Proventos:	1.776,91	Descontos:	159,92	Informativa:	142,15
0 Base INSS:	1.776,91	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.776,91
Informativa Dedutora:		0	Líquido:	1.616,99	
Valor FGTS:		142,15	Base IRRF:	1.616,99	

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

8781 DIAS NORMAIS	27,00	2.205,35 P	998 I.N.S.S.	9,00	238,49 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	3,00	245,04 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	38,06 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	19,96 P			
0 Proventos:	2.649,99	Descontos:	276,55	Informativa:	211,99
0 Base INSS:	2.649,99	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.649,99
Informativa Dedutora:		0	Líquido:	2.373,44	
Valor FGTS:		211,99	Base IRRF:	2.411,50	

Período igual ou inferior a 15 dias: 03/07/2019 a 03/07/2019
Período igual ou inferior a 15 dias: 04/07/2019 a 05/07/2019

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

Nº: 45.349.461/0008-89
Mês: Folha Mensal
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Orcados

EXTRATO MENSAL

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

8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS 30,00 1.343,95 P 998 I.N.S.S. 8,00 123,48 D
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN 20,00 199,60 P

0 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07
0 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.420,07
Data maternidade: 08/06/2019 a 05/10/2019

Tr.: 2129 MARCIA MAIARA POSSENTI Situação: Trabalhando CPF: 382.523.438-05 PIS: 204.89256.27-3
Ido: 8 AUX. ADMINIST. Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 066232/00315
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

0 Proventos: 1.394,15 Descontos: 111,53 Informativa: 111,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.282,62
0 Base INSS: 1.394,15 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.394,15 Valor FGTS: 111,53 Base IRRF: 1.282,62

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

8781 DIAS NORMAIS 29,00 1.299,15 P 998 I.N.S.S. 9,00 161,79 D
8870 DIAS AFAS. P/DOENCA 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% 104,00 254,13 P

0 Proventos: 1.797,68 Descontos: 161,79 Informativa: 143,81 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.635,89
0 Base INSS: 1.797,68 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.797,68 Valor FGTS: 143,81 Base IRRF: 1.635,89
Data período igual ou inferior a 15 dias: 18/07/2019 a 18/07/2019

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

8781 DIAS NORMAIS 29,00 2.368,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 239,75 D
8870 DIAS AFAS. P/DOENCA C/DIR.INTE 1,00 81,68 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 39,01 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 192,95 P
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 6,65 P
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 2,13 13,92 P

0 Proventos: 2.663,91 Descontos: 278,76 Informativa: 213,11 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.385,15
0 Base INSS: 2.663,91 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.663,91 Valor FGTS: 213,11 Base IRRF: 2.424,16
Data período igual ou inferior a 15 dias: 14/07/2019 a 14/07/2019

Tr.: 2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 434.914.478-10 PIS: 204.97661.73-4
Ido: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 25/01/2019 CTPS/Série: 097817/00439
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

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

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Mês: Julho
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

Emp.: 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
Cargo: 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	328,51 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	42,39 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	56,55 D
150 HORAS EXTRAS	12,20	220,43 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,53	73,65 P			

0 Proventos:	2.986,46	Descontos:	385,06	Informativa:	238,91	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.601,40
0 Base INSS:	2.986,46	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.986,46	Valor FGTS:	238,91	Base IRRF:	2.657,95

Emp.: 2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA Situação: Férias CPF: 285.280.548-02 PIS: 190.47976.86-2
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 47160/00315
Cargo: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

805 MEDIA VALOR FERIAS	16,33	16,33 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.154,69 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	232,72	232,72 P	812 INSS FERIAS	9,00	215,11 D
807 VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	9,00	0,78 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	597,53 P	998 I.N.S.S.	8,00	6,25 D
8783 DIAS FERIAS	30,00	1.343,95 P	942 IRRF FERIAS	7,50	20,33 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	78,19 P			

0 Proventos:	2.468,32	Descontos:	2.397,16	Informativa:	197,46	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	71,16
0 Base INSS:	2.468,32	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.468,32	Valor FGTS:	197,46	Base IRRF:	71,16

IAS DE 01/07/2019 - 30/07/2019

Emp.: 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
Cargo: 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			

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

Emp.: 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA Situação: Trabalhando CPF: 298.440.178-66 PIS: 127.24425.16-4
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 48657/00240
Cargo: 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

0 Proventos:	2.649,99	Descontos:	276,55	Informativa:	211,99	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.373,44
0 Base INSS:	2.649,99	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.649,99	Valor FGTS:	211,99	Base IRRF:	2.411,50

Emp.: 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
Cargo: 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	123,61 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	199,97 P			

1 Proventos:	1.545,23	Descontos:	123,61	Informativa:	123,61	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.421,62
1 Base INSS:	1.545,23	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.545,23	Valor FGTS:	123,61	Base IRRF:	1.232,03

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Mês: Julho
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

Emp.: 2157 RICARDO DE CARVALHO	Situação: Trabalhando	CPF: 281.686.478-23	PIS: 125.51156.27-2
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 69805/00154
Emp.: 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	159,20 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	92,25	225,42 P			

0 Proventos:	1.768,97	Descontos:	159,20	Informativa:	141,51	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.609,77
0 Base INSS:	1.768,97	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.768,97	Valor FGTS:	141,51	Base IRRF:	1.609,77

Emp.: 2159 SONIA MARIA RIZZO	Situação: Trabalhando	CPF: 101.480.718-21	PIS: 120.98824.43-4
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 11282/00048
Emp.: 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			

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

Emp.: 2815 TANIA MARA BARRETO	Situação: Trabalhando	CPF: 648.129.879-20	PIS: 121.37609.31-4
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 05/07/2019	CTPS/Série: 69585/022
Emp.: 900	Depto: 600	Filial: 1	Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS	26,00	1.164,76 P	998 I.N.S.S.	8,00	107,02 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	172,99 P			

0 Proventos:	1.337,75	Descontos:	107,02	Informativa:	107,02	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.230,73
0 Base INSS:	1.337,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.337,75	Valor FGTS:	107,02	Base IRRF:	1.230,73

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

294 PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02 P	998 I.N.S.S.	11,00	464,42 D
8781 DIAS NORMAIS	22,00	2.035,61 P	999 IMPOSTO DE RENDA	22,50	209,33 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	8,00	740,22 P			
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,37 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	53,23 P			
27 ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P			

0 Proventos:	4.499,61	Descontos:	673,75	Informativa:	337,76	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.825,86
0 Base INSS:	4.222,03	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.222,03	Valor FGTS:	337,76	Base IRRF:	3.757,61

Período igual ou inferior a 15 dias: 08/07/2019 a 15/07/2019

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.343,96 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			

2 Proventos:	1.563,11	Descontos:	125,04	Informativa:	125,04	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.438,07
2 Base INSS:	1.563,11	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.563,11	Valor FGTS:	125,04	Base IRRF:	1.058,89

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Mês: Julho
Folha Mensal
Competência: 07/2019

Emissão: 29/07/2019
Horas: 09:34:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8112 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	16,67	16,67 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.744,52 D
8190 DIFERENÇA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00 P	812 INSS FERIAS	11,00	488,91 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	550,00	550,00 P	821 INSS DIFERENÇA FERIAS	11,00	2,00 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	133,53	133,53 P	998 I.N.S.S.	8,00	5,33 D
807 VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60 P	942 IRRF FERIAS	22,50	211,26 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	1.111,17 P			
8783 DIAS FERIAS	30,00	2.450,39 P			

1 Proventos:	4.511,36	Descontos:	4.452,02	Informativa:	360,90	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	59,34
1 Base INSS:	4.511,36	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.511,36	Valor FGTS:	360,90	Base IRRF:	0,00

IAS DE 01/07/2019 - 30/07/2019

Emp.: 2421 WILLIAN SOUZA SALADINI	Situação: Trabalhando	CPF: 408.930.248-05	PIS: 158.61320.19-9
Emp.: 11 FISIOTERAPEUTA	Vínculo: Celetista	Adm: 02/05/2018	CTPS/Série: 030224/00370
Emp.: 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	324,15 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	53,90 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	45,43	296,86 P			

0 Proventos:	2.946,85	Descontos:	378,05	Informativa:	235,74	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.568,80
0 Base INSS:	2.946,85	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.946,85	Valor FGTS:	235,74	Base IRRF:	2.622,70

Total Geral Proventos:	90.607,10	Total Geral Descontos:	21.108,15
		Líquido Geral:	69.498,95

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	740,00	7.065,84 P	812 INSS FERIAS	38,00	1.056,88 D
27 ADICIONAL RT	1.561,58	1.561,58 P	821 INSS DIFERENÇA FERIAS	20,00	2,78 D
150 HORAS EXTRAS	12,20	220,43 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	9.467,15 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	942 IRRF FERIAS	30,00	231,59 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.633,51	4.646,69 P	998 I.N.S.S.	352,00	7.036,03 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	42,39 P	999 IMPOSTO DE RENDA	105,00	663,73 D
294 PARCELA DIFERENÇA DISSIDIO	185,02	185,02 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.649,99 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	600,16	600,16 P			
806 MEDIA HORAS FERIAS	384,21	384,21 P			
807 VANTAGENS FERIAS	798,40	798,40 P			
931 1/3 DAS FERIAS	133,32	2.688,90 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	40,00	259,48 P			
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	199,60 P			
8112 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	16,67	16,67 P			
8190 DIFERENÇA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.062,00	58.761,62 P			
8783 DIAS FERIAS	120,00	6.283,95 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	39,00	1.747,13 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	30,00	2.450,39 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	35,00	2.134,19 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	160,00	232,87 P			

Líquido Geral: 69.498,95

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

Empregados

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	43	Salário contribuição empregados:	87.679,53	Base IRRF Mensal:	65.837,04
Número de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	663,73
Trabalhando:	37	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	9.196,64
Período direitos integrais:	0	Base total:	87.679,53	Valor IRRF Férias:	231,59
Período acidente de trabalho:	0	Segurados:	8.095,69	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Período serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Período maternidade:	1	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Período maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Idade:	1	Sub-Total:	8.095,69	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Idade Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Idade sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	2.006,61	Valor Total do IRRF:	895,32
Período:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Período:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Idade:	4	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	87.679,53
Período sindical:	0	Total:	6.089,08	Valor do FGTS:	7.014,15
Período sentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Idade, curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	6.089,08	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Idade justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Período motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Idade:	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: 69.498,95

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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.618,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 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 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2329	ALCIONE BOGAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	16/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	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
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.778,13	160,03
			Valor Líquido ➡	1.618,10
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.428,51
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2329	ALCIONE BOGAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	16/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	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
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.778,13	160,03
			Valor Líquido ➡	1.618,10
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.428,51
				Faixa IRRF
				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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.728,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 vinte e oito reais e sessenta 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 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	20/10/2018	

Idigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	81,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,45	456,44	
998	I.N.S.S.	11,00		341,70
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		36,12
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.106,43	377,82
			Valor Líquido →	2.728,61
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 198732-1 Agência: 0178 - 3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	3.106,43	3.106,43	248,51	2.385,55
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	20/10/2018	

Idigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	81,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,45	456,44	
998	I.N.S.S.	11,00		341,70
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		36,12
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.106,43	377,82
			Valor Líquido →	2.728,61
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 198732-1 Agência: 0178 - 3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	3.106,43	3.106,43	248,51	2.385,55
				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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.763,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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.

(Dois mil e setecentos e sessenta e três reais e noventa 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 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	534,63	
998	I.N.S.S.	11,00		350,30
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		70,35
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.184,62	420,65
			Valor Líquido ➡	2.763,97
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19432-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	3.184,62	3.184,62	254,76	2.834,32
				15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	534,63	
998	I.N.S.S.	11,00		350,30
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		70,35
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.184,62	420,65
			Valor Líquido ➡	2.763,97
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19432-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	3.184,62	3.184,62	254,76	2.834,32
				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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1781	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	
			Valor Líquido ➡	1.420,07	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1781	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	
			Valor Líquido ➡	1.420,07	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.562,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 quinhentos e sessenta e dois reais e oitenta e seis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1781	DIAS NORMAIS	25,00	1.119,96		
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	223,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	166,33		
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	33,27		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,52	155,21		
998	I.N.S.S.	8,00		135,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.698,76	135,90	
			Valor Líquido ➡	1.562,86	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19476-x		Agência: 448 - 0			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.698,76	1.698,76	135,90	1.562,86	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1781	DIAS NORMAIS	25,00	1.119,96		
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	223,99		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	166,33		
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	33,27		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	63,52	155,21		
998	I.N.S.S.	8,00		135,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.698,76	135,90	
			Valor Líquido ➡	1.562,86	
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 19476-x					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.698,76	1.698,76	135,90	1.562,86	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.618,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	23/07/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	160,03
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.778,13	160,03
			Valor Líquido ➡	1.618,10
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.049,33
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	23/07/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	160,03
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.778,13	160,03
			Valor Líquido ➡	1.618,10
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.049,33
				Faixa IRRF
				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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.387,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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.

(Dois mil e trezentos e oitenta e sete reais e sessenta 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 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	17/01/2018	

Idigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	9,00		238,49
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		23,84
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.649,99	262,33
			Valor Líquido ➡	2.387,66

UNCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	
Conta: 111247-3			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99
		Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
		2.221,91	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	17/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	9,00		238,49
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		23,84
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.649,99	262,33
			Valor Líquido ➡	2.387,66

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta: 111247-3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99	2.221,91	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. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio



Aviso de lançamento

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.618,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	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
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.778,13	160,03
			Valor Líquido ➡	1.618,10

INCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19425-5		1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.428,51	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	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
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.778,13	160,03
			Valor Líquido ➡	1.618,10

INCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19425-5		1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.428,51	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	22/03/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido →	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1 Conta: 20619-9 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.230,48
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	22/03/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido →	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1 Conta: 20619-9 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.230,48
				Faixa IRRF
				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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.635,90 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 trinta e cinco reais e noventa 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 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	03/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,96	
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
			1.797,69	161,79
			Valor Líquido ➡	1.635,90
BANCO DO BRASIL 1				
Conta salário: 20671-7		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,96	1.797,69	1.797,69	143,81	1.635,90
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	03/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,96		
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	
			1.797,69	161,79	
			Valor Líquido ➡	1.635,90	
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta salário: 20671-7					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,96	1.797,69	1.797,69	143,81	1.635,90	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.452,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 quatrocentos e cinquenta 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 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	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
			Valor Líquido ➡	1.452,28
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19413-1				

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1781	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	
			Valor Líquido ➡	1.452,28	
BANCO DO BRASIL 1					
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	1.578,56	1.578,56	126,28	1.452,28	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 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 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOU TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	28,00	1.254,35	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	89,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	186,29	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,31	
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: 7621-X Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.797,68	1.797,68	143,81	1.256,71	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOU TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	28,00	1.254,35	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	89,60	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	186,29	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,31	
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
				Valor Líquido ➡	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	1.256,71	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.581,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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.

(Um mil e quinhentos e oitenta e um 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	175,94	
998	I.N.S.S.	8,00		137,55
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.719,49	137,55
			Valor Líquido →	1.581,94
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 14727-3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.719,49	1.719,49	137,55	1.581,94
				Faixa IRRF
				0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 04 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	175,94	
998	I.N.S.S.	8,00		137,55
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.719,49	137,55
			Valor Líquido →	1.581,94
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 14727-3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.719,49	1.719,49	137,55	1.581,94
				Faixa IRRF
				0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 04 DE AGOSTO ***

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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CSO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19434-4				

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CSO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19434-4				

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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.456,04 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 cinquenta e seis reais 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	39,10	
998	I.N.S.S.	8,00		126,61
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.582,65	126,61
			Valor Líquido →	1.456,04
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.343,95	1.582,65
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.582,65	126,61
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.456,04	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	39,10	
998	I.N.S.S.	8,00		126,61
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.582,65	126,61
			Valor Líquido →	1.456,04
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.343,95	1.582,65
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.582,65	126,61
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.456,04	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.298,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 duzentos e noventa e oito 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	31,53	65,68		
998	I.N.S.S.	8,00		112,87	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.410,94	112,87	
			Valor Líquido ➡	1.298,07	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66	1.410,94	1.410,94	112,87	1.298,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	31,53	65,68		
998	I.N.S.S.	8,00		112,87	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.410,94	112,87	
			Valor Líquido ➡	1.298,07	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66	1.410,94	1.410,94	112,87	1.298,07	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	161,79	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13		
998	I.N.S.S.	9,00			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.797,68	161,79	
			Valor Líquido ➡	1.635,89	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.797,68	1.797,68	143,81	1.256,71	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos												
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	161,79												
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60													
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13													
998	I.N.S.S.	9,00														
			Total de Vencimentos	Total de Descontos												
			1.797,68	161,79												
			Valor Líquido ➡	1.635,89												
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0																
<table><tr><td>Salário Base</td><td>Sal. Contr. INSS</td><td>Base Calc. FGTS</td><td>F.G.T.S do Mês</td><td>Base Calc. IRRF</td><td>Faixa IRRF</td></tr><tr><td>1.343,95</td><td>1.797,68</td><td>1.797,68</td><td>143,81</td><td>1.256,71</td><td>0,00</td></tr></table>					Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF	1.343,95	1.797,68	1.797,68	143,81	1.256,71	0,00
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF											
1.343,95	1.797,68	1.797,68	143,81	1.256,71	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. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio



Aviso de lançamento

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.462,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 sessenta e dois reais e trinta 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA FISIOTERAPEUTA	223605	600	1
		Admissão:	12/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,17	105,66	
998	I.N.S.S.	9,00		248,00
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,27
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.755,65	293,27
			Valor Líquido ➡	2.462,38
BANCO DO BRASIL 1				
Conta poupança: 25625-0				
Agência: 0273 - 9				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	2.755,65	2.755,65	220,45	2.507,65
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA FISIOTERAPEUTA	223605	600	1
		Admissão:	12/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,17	105,66	
998	I.N.S.S.	9,00		248,00
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,27
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.755,65	293,27
			Valor Líquido ➡	2.462,38
BANCO DO BRASIL 1				
Conta poupança: 25625-0				
Agência: 0273 - 9				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	2.755,65	2.755,65	220,45	2.507,65
				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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	7,00	313,59	
1784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	9,00	403,18	
1870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	627,18	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	46,57	
1011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	59,88	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	93,15	
998	I.N.S.S.	8,00		123,48
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.543,55	123,48
			Valor Líquido ➡	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19414-X 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	1.420,07
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	7,00	313,59	
1784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	9,00	403,18	
1870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	627,18	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	46,57	
1011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	59,88	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	93,15	
998	I.N.S.S.	8,00		123,48
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.543,55	123,48
			Valor Líquido ➡	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19414-X 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	1.420,07
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0407/2017
 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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.750,26 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2771	LAIS MARANI SILVA FARMACEUTICO (A)	223405	700	1
		Admissão:	03/05/2019	

Ídigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	2.750,26
BANCO DO BRASIL 1				
Conta salário: 20679-2				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	3.149,99	3.149,99	251,99	2.613,91
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2771	LAIS MARANI SILVA FARMACEUTICO (A)	223405	700	1
		Admissão:	03/05/2019	

Ídigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	2.750,26
BANCO DO BRASIL 1				
Conta salário: 20679-2				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	3.149,99	3.149,99	251,99	2.613,91
				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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido →	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19003-9 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	1.420,07
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido →	1.420,07
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19003-9 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	1.420,07
				Faixa IRRF
				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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.616,99 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 seiscentos e dezesseis reais e noventa 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,50	233,36	
998	I.N.S.S.	9,00		159,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.776,91	159,92
			Valor Líquido ➡	1.616,99
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19412-3		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.776,91	1.776,91	142,15	1.616,99
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,50	233,36		
998	I.N.S.S.	9,00		159,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.776,91	159,92	
			Valor Líquido ➡	1.616,99	
BANCO DO BRASIL 1					
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	1.776,91	1.776,91	142,15	1.616,99	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.373,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2142	LUIS FERNANDO BETONI FISIOTERAPEUTA	223605	600	1
		Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	27,00	2.205,35	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	245,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	19,96	
998	I.N.S.S.	9,00		238,49
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		38,06
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.649,99	276,55
			Valor Líquido ➡	2.373,44

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99	2.411,50	7,50

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19422-0 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2142	LUIS FERNANDO BETONI FISIOTERAPEUTA	223605	600	1
		Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	27,00	2.205,35	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	245,04	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	19,96	
998	I.N.S.S.	9,00		238,49
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		38,06
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.649,99	276,55
			Valor Líquido ➡	2.373,44

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99	2.411,50	7,50

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19422-0 Agência: 448 - 0

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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.343,95	
1011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		123,48
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.543,55	123,48
			Valor Líquido →	1.420,07
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.343,95	1.543,55
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.543,55	123,48
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.420,07	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19415-8

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.343,95	
1011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		123,48
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.543,55	123,48
			Valor Líquido →	1.420,07
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.343,95	1.543,55
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.543,55	123,48
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.420,07	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19415-8

Agência: 448 - 0

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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.282,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.194,55	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		111,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.394,15	111,53
			Valor Líquido ➡	1.282,62
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.194,55	1.394,15
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.394,15	111,53
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.282,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.194,55	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		111,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.394,15	111,53
			Valor Líquido ➡	1.282,62
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.194,55	1.394,15
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.394,15	111,53
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2151	MARIA JOSE CARDOSO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	29,00	1.299,15	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	44,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65	
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
			Valor Líquido	1.635,89

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 6112-3

Agência: 6795 - 4

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2151	MARIA JOSE CARDOSO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	29,00	1.299,15	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	44,80	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65	
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
			Valor Líquido	1.635,89

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 6112-3

Agência: 6795 - 4

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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.385,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 trezentos e oitenta e cinco reais e quinze 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 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	223605	600	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	81,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	2,13	13,92	
998	I.N.S.S.	9,00		239,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		39,01
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.663,91	278,76
			Valor Líquido ➡	2.385,15

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.663,91	2.663,91	213,11	2.424,16	7,50

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19417-4 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	223605	600	1
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	81,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	2,13	13,92	
998	I.N.S.S.	9,00		239,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		39,01
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.663,91	278,76
			Valor Líquido ➡	2.385,15

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.663,91	2.663,91	213,11	2.424,16	7,50

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19417-4 Agência: 448 - 0

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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.438,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	25/01/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	1.438,06
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 373 - 5	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 26458-X			1.343,95	1.563,10
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.563,10	125,04
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.438,06	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	25/01/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	1.438,06
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 373 - 5	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 26458-X			1.343,95	1.563,10
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.563,10	125,04
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.438,06	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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.601,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 seiscentos e um reais e quarenta 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 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39			
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	42,39			
150	HORAS EXTRAS	12,20	220,43			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,53	73,65			
998	I.N.S.S.	11,00		328,51		
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		56,55		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.986,46	385,06		
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19553-7			Valor Líquido ➡	2.601,40		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39		2.986,46	2.986,46	238,91	2.657,95	7,50

* PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão: 04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	42,39		
150	HORAS EXTRAS	12,20	220,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,53	73,65		
998	I.N.S.S.	11,00		328,51	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		56,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.986,46	385,06	
			Valor Líquido ➡	2.601,40	
BANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19553-7					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.986,46	2.986,46	238,91	2.657,95	7,50

* PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE AGOSTO ***

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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 71,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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.

(Setenta e um reais e dezesseis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 03/09/2019 21:59:07

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

Código	Nome do Funcionário	CSO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
805	MEDIA VALOR FERIAS	16,33	16,33	
806	MEDIA HORAS FERIAS	232,72	232,72	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	597,53	
1783	DIAS FERIAS	30,00	1.343,95	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	78,19	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.154,69
812	INSS FERIAS	9,00		215,11
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		0,78
998	I.N.S.S.	8,00		6,25
942	IRRF FERIAS	7,50		20,33

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.468,32	2.397,16
			Valor Líquido ➡	71,16

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19428-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	2.468,32	2.468,32	197,46	71,16	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CSO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
805	MEDIA VALOR FERIAS	16,33	16,33	
806	MEDIA HORAS FERIAS	232,72	232,72	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	597,53	
1783	DIAS FERIAS	30,00	1.343,95	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	78,19	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.154,69
812	INSS FERIAS	9,00		215,11
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		0,78
998	I.N.S.S.	8,00		6,25
942	IRRF FERIAS	7,50		20,33

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.468,32	2.397,16
			Valor Líquido ➡	71,16

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19428-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	2.468,32	2.468,32	197,46	71,16	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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CEO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	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	
			Valor Líquido ➡	1.420,07	
BANCO DO BRASIL 1					
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
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CEO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	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	
			Valor Líquido ➡	1.420,07	
BANCO DO BRASIL 1					
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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.373,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PRISCILA SANTOS LEITE DE, na conta 19.439, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	9,00		238,49
999	IMPOSTO DE RENDA	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: 19439-5		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99	2.411,50
			Faixa IRRF	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1
ENFERMEIRO (A)		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	9,00		238,49
999	IMPOSTO DE RENDA	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: 19439-5		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.421,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 vinte e um 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66	123,61
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	199,97	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.545,23	123,61
			Valor Líquido ➡	1.421,62
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19429-8		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.145,66	1.545,23	1.545,23	123,61	1.232,03
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66	123,61
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	199,97	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.545,23	123,61
			Valor Líquido ➡	1.421,62
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19429-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.145,66	1.545,23	1.545,23	123,61	Faixa IRRF
				0,00
			1.232,03	

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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.609,77 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 nove reais e setenta 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	92,25	225,42	
998	I.N.S.S.	9,00		159,20
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.768,97	159,20
			Valor Líquido →	1.609,77

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.768,97	1.768,97	141,51	1.609,77	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:		04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	92,25	225,42	
998	I.N.S.S.	9,00		159,20
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.768,97	159,20
			Valor Líquido →	1.609,77

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.768,97	1.768,97	141,51	1.609,77	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a SONIA MARIA RIZZO, na conta 199.303, 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2159	SONIA MARIA RIZZO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão: 04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	1.420,07

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

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 199303-8 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2159	SONIA MARIA RIZZO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão: 04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	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
			Valor Líquido ➡	1.420,07

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

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 199303-8 Agência: 448 - 0

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



G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.230,73 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a TANIA MARA BARRETO, na conta 110.529, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e duzentos e trinta 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2815	TANIA MARA BARRETO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	05/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	26,00	1.164,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	172,99		
998	I.N.S.S.	8,00		107,02	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.337,75	107,02	
			Valor Líquido ➡	1.230,73	
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta poupança: 110529-9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.337,75	1.337,75	107,02	1.230,73	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2815	TANIA MARA BARRETO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	05/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	DIAS NORMAIS	26,00	1.164,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	172,99		
998	I.N.S.S.	8,00		107,02	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.337,75	107,02	
			Valor Líquido ➡	1.230,73	
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta poupança: 110529-9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.337,75	1.337,75	107,02	1.230,73	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 3.825,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 vinte e cinco reais e oitenta e seis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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	

Idigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02	
1781	DIAS NORMAIS	22,00	2.035,61	
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	8,00	740,22	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,37	
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	53,23	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	11,00		464,42
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,33
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.499,61	673,75
			Valor Líquido ➡	3.825,86
BANCO DO BRASIL 1				
Conta poupança: 197087-9				
Agência: 6921 - 3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.775,83	4.222,03	4.222,03	337,76	3.757,61
				Faixa IRRF
				22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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	

Índice	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
294	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02			
1781	DIAS NORMAIS	22,00	2.035,61			
1870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	8,00	740,22			
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,37			
1230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	53,23			
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58			
998	I.N.S.S.	11,00		464,42		
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		209,33		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			4.499,61	673,75		
BANCO DO BRASIL 1 Conta poupança: 197087-9			Valor Líquido ➡	3.825,86		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.775,83		4.222,03	4.222,03	337,76	3.757,61	22,50

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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 1.438,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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.

(Um mil e quatrocentos e trinta e oito 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,96		
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	
			1.563,11	125,04	
			Valor Líquido ➡	1.438,07	
BANCO DO BRASIL 1					
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	1.563,11	1.563,11	125,04	1.058,89	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,96	125,04
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	19,55	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.563,11	125,04
			Valor Líquido ➡	1.438,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,96	1.563,11	1.563,11	125,04	Faixa IRRF
				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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 59,34 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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.

(Cinqüenta e nove reais e trinta 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 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA FISIOTERAPEUTA	223605	600	1
		Admissão:	04/10/2017	

Ídigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	16,67	16,67	
190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00	
805	MEDIA VALOR FERIAS	550,00	550,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	133,53	133,53	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.111,17	
783	DIAS FERIAS	30,00	2.450,39	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.744,52
812	INSS FERIAS	11,00		488,91
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		2,00
998	I.N.S.S.	8,00		5,33
942	IRRF FERIAS	22,50		211,26
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.511,36	4.452,02
			Valor Líquido ➡	59,34

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 17558-7					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	4.511,36	4.511,36	360,90	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código

Nome do Funcionário

CBO

Departamento

Filial

2140

VIVIANE LIE YOKOYAMA

223605

600

1

FISIOTERAPEUTA

Admissão:

04/10/2017

Ídigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	16,67	16,67	
190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00	
805	MEDIA VALOR FERIAS	550,00	550,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	133,53	133,53	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.111,17	
783	DIAS FERIAS	30,00	2.450,39	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.744,52
812	INSS FERIAS	11,00		488,91
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		2,00
998	I.N.S.S.	8,00		5,33
942	IRRF FERIAS	22,50		211,26
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.511,36	4.452,02
			Valor Líquido ➡	59,34

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 17558-7

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	4.511,36	4.511,36	360,90	0,00	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

G335032052205084024
03/09/2019 21:59:07

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

Data 06/08/2019 Valor R\$ 2.568,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 31, 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 sessenta e oito reais e oitenta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 03/09/2019 21:59:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI FISIOTERAPEUTA	223605	600	1
		Admissão:	02/05/2018	

Ídigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	45,43	296,86	
998	I.N.S.S.	11,00		324,15
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		53,90
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.946,85	378,05
			Valor Líquido ➡	2.568,80

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.946,85	2.946,85	235,74	2.622,70	7,50

UNCO DO BRASIL 1
Conta salário: 87139-7 Agência: 0295 - X

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI FISIOTERAPEUTA	223605	600	1
		Admissão:	02/05/2018	

Ídigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
1781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	45,43	296,86	
998	I.N.S.S.	11,00		324,15
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		53,90
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.946,85	378,05
			Valor Líquido ➡	2.568,80

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.946,85	2.946,85	235,74	2.622,70	7,50

UNCO DO BRASIL 1
Conta salário: 87139-7 Agência: 0295 - X

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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790007029000000904450008828308379740000031895

BENEFICIARIO:

SEGUNDO TABELIAO DE NOTAS E PROTEST

NOME FANTASIA:

SEGUNDO TABELIAO DE NOTAS E PROTEST

CNPJ: 14.493.948/0001-30

PAGADOR:

ASSOCIA AO HOSPITALAR BENEFIC. DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 80.601

DATA DE VENCIMENTO 07/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 06/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 318,95

VALOR COBRADO 318,95

=====

NR.AUTENTICACAO 9.757.50E.085.902.BE5

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

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME

Rua DUQUE DE CAXIAS, 1100,
CENTRO - MIRANDOPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5668 CEP: 16800-000

livrariaestudebem@hotmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.004.416

Série 001

Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0701 6416 6500 0147 5500 1000 0044 1612 0067 5851

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190492902072 11/07/2019 08:22:11

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida

INSCRIÇÃO ESTADUAL

449014737115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

01.641.665/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/07/2019

ENDEREÇO

Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA

BAIRRO / DISTRITO

Jardim Ariano

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

11/07/2019

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

TELEFONE / FAX

(14)3532-5198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

08:16:59

DUPLICATAS

Número	001
Vencimento	11/08/2019
Valor R\$	545,20

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	545,20
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	545,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
15					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
76	COLA BASTAO PRITT 40GR	35061090	0500	5405	UN	2,00	14,50	0,00	29,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8870	FITA ADESILVA ADELBRAS 48X40MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	2,00	3,65	0,00	7,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12733	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT PRETO	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,10	0,00	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12729	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT AZUL	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,10	0,00	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12207	CLIPS XR C/100 UNIDADES 2/0	83059000	0500	5405	UN	1,00	1,95	0,00	1,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
30142	GRAMPO GALVANIZADO ACC 26/6 C/1000 UNIDADES	83052000	0500	5405	UN	1,00	2,50	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
16230	DUREX CORES SORTIDOS	48114190	0500	5405	UN	3,00	0,75	0,00	2,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
38216	PAPEL SULFITE RINO CX/ 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	1,00	209,00	0,00	209,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
48538	FITA DUPLA FACE ACRILICO ADELBRAS 12MMX30MT	39191010	0500	5405	UN	1,00	5,60	0,00	5,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
19190	PAPEL SULFITE CHAMEX OFFICE A-4 CX 10 RESMAS	48025610	0500	5405	CX	1,00	229,50	0,00	229,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
22161	CANETA BIC AZUL CX. C/50 UNIDADES	96081000	0500	5405	CX	1,00	39,90	0,00	39,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
3.4.000552	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Val. Aprox. Impostos R\$51,15 (9,38%) Federal
R\$18,80 (3,45%) Estadual
Fonte: IBPT

I-"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R\$ 0,00 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.

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

INTIMAÇÃO

2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DE LINS
RUA 15 DE NOVEMBRO, Nº 311 - LINS/SP - (014)3532-8700

PROTOCOLO
23-02/08/2019
PRAZO LIMITE
07/08/2019

Intimamos V.Sª a PAGAR, o título abaixo, sob pena de protesto, ou declarar porque não o faz (não inibe o protesto), até

Devedor ASSOCIA AO HOSPITALAR BENEFIC. DO BRASIL
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 SALA
CNPJ 45.349.461/0001-02
16400400 LINS/SP

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

Endossante *** Não consta ***

Sacador AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA - - CNPJ 01.641.665/0001-47

Cedente AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA - ME

23020820191

Tipo do Título	Nro. do Título	Emissão	Vencimento	Aceite	Endosso	Motivo - Tipo de Protesto
DMI	00441601	11/07/2019	25/07/2019	Não	Mandato	Falta de Pagamento - Comum
Valor do Título	R\$ 272,60	Saldo do Título	R\$ 272,60	Custas e Emolumentos	R\$ 46,35	

ATENÇÃO - INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA PAGAMENTO

- 1 - Via Boleto de Cobrança: Pagável em qualquer BANCO até a data do vencimento, no valor exato do boleto.
- 2 - Em Cheque ou Dinheiro: SÓ PODERÁ SER FEITO NA SEDE DO CARTÓRIO, das DAS 9:00 ÀS 17:00 HORAS. Caso pago em cheque o mesmo deverá ser visado e cruzado ou administrativo, no valor constante em "Saldo do Título", em nome e à ordem do apresentante e pagável nesta praça. O valor das custas e emolumentos (que não poderá estar incluso nesse cheque) deverá ser pago no ato e em apartado.
- 3 - Microempresa e EPP: Para custas reduzidas conforme art. 73 da L.C. nº 123/2006, cadastre-se no cartório apresentando a certidão da JUCESP.
- 4 - Prazo: Caso esta intimação seja entregue no último dia do prazo ou após, pagar somente no cartório.
- 5 - Atenção: O registro do protesto será informado aos órgãos de proteção ao crédito, nos termos do artigo 29 da Lei nº 9.492/1997.

"Havendo baixa de retirada a pedido do credor e ocorrendo o pagamento deste boleto, fica o devedor ciente que deverá comparecer no cartório pessoalmente e munido dos documentos pessoais, bem como do comprovante de pagamento original, a fim de receber a devolução do montante pago."

Este boleto, autenticado pelo banco no valor total até a data do seu vencimento, constitui prova da quitação do título ou documento de dívida a que se refere.

Saldo	Emolumentos	Estado	Sefaz	Sinoreg	Sta. Casa	Trib. Justiça	Min. Público	Imp. Municipal	Intimações	Total Custas	Total
R\$ 272,60	R\$ 24,36	R\$ 6,92	R\$ 4,74	R\$ 1,28	R\$ 0,24	R\$ 1,67	R\$ 1,17	R\$ 0,97	R\$ 5,00	R\$ 46,35	R\$ 318,95



2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DE LINS - CNPJ: 14.493.948/0001-30 Recibo do Sacado

Vencimento 07/08/2019 Agência / Código Cedente 0007-0/0088283-6 Nosso Número 09/00000090450-6 Espécie R\$ Valor do Documento 318,95

Autenticação Mecânica



237-2 23790.00702 90000.009044 50008.828308 3 79740000031895

Local de Pagamento
Pagável preferencialmente nas agências do Bradesco até a data do vencimento.

2º TABELIÃO DE NOTAS E PROTESTO DE LETRAS E TÍTULOS DE LINS - CNPJ: 14.493.948/0001-3

Data do Documento	Número do Documento	Especie Doc.	Aceite	Data do Processamento
02/08/2019	23-02/08/2019-0	RC	N	02/08/2019
Uso do Banco	Carteira	Especie	Quantidade	Valor
	09	R\$		

Instruções - Texto de responsabilidade do cedente

NÃO RECEBER VALOR DIFERENTE DO VALOR COBRADO.

NÃO RECEBER PAGAMENTO EM CHEQUE.

NÃO RECEBER APÓS O VENCIMENTO.

Este boleto, devidamente autenticado pelo banco no valor total, constitui prova da quitação do título ou documento de dívida a que se refere. Pagável em qualquer banco até a data do vencimento, após isso perderá a validade.

Saldo: R\$ 272,60 Emolumentos: R\$ 24,36 Estado: R\$ 6,92 SEFAZ: R\$ 4,74 SINOREG: R\$ 1,28 Sta. Casa: R\$ 0,24 Trib.

Justiça: R\$ 1,67 Min. Público: R\$ 1,17 Imposto Municipal R\$ 0,97 Intimações: R\$ 5,00 Total Custas: R\$ 46,35

Sacado: ASSOCIA AO HOSPITALAR BENEFIC. DO BRASIL
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES,303 SALA
16400400 LINS SP

Sacador/Avalista:

Vencimento	07/08/2019
Agência / Código Cedente	0007-0/0088283-6
Nosso Número	09/00000090450-6
(=) Valor do Documento	318,95
(-) Desconto / Abatimento	
(-) Outras Deduções	
(+) Mora / Multa	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	
CPF / CNPJ	45349461000102
Código de Baixa	

Autenticação - Ficha de Compensação



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

06/08/

211

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793398039919600000679002935702879730000190327

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	80.602
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	06/08/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	06/08/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	1.903,27
--------------------	----------

VALOR COBRADO	1.903,27
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	4.CD5.1BA.39C.DAA.79C
-----------------	-----------------------

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 324047
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3240 4710 0103 0378

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

131193333177578 25/06/2019 17:16:41

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

25/06/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

MUNICÍPIO
LINS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 06/08/2019 1.903,27

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
1.903,27	228,41	0,00	0,00	1.903,27
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.903,27

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

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

28,89

28,89

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
24026	MARFARIN 5MG 50CP-TEUTO LT 9736031 (1)03/-21 (Fornecedor: 4, Lote: 9736031, Qtde: 1, Data Fab: 18/06/2019, Data Val: 30/03/2021)	30049059	000	6108	CX	1	7,7700	7,77	7,77	0,93		12,00	
10206	AMIODARONA 150MG 100AMP 3ML GEN-HIPOLABOR LT AD01219 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: AD01219, Qtde: 1, Data Fab: 11/04/2019, Data Val: 28/02/2021)	30049054	000	6108	CX	1	169,0000	169,00	169,00	20,28		12,00	
11710	DOBUTAMINA 250MG 10AMP 20ML GEN-HYPOFARMA LT 19020238 (2)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19020238, Qtde: 2, Data Fab: 17/03/2019, Data Val: 28/02/2021)	30039099	000	6108	CX	2	85,7300	171,46	171,46	20,58		12,00	
12096	CLOR.RANITIDINA 50MG 100AMP 2ML GEN-FARMA-CE LT RA19D026 (1)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: RA19D026, Qtde: 1, Data Fab: 16/05/2019, Data Val: 30/04/2021)	30039099	000	6108	CX	1	54,1800	54,18	54,18	6,50		12,00	
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA-FARMA LT 78NB0420 (2)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 78NB0420, Qtde: 2, Data Fab: 11/05/2019, Data Val: 05/02/2021)	30041019	000	6108	CX	2	489,1500	978,30	978,30	12,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 2...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 114,20

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 296695

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

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: 0,06

AHBB - UTI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 28/06/19
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

Mercadorias avariadas, ou tantas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento de transportes.

PERECÍVEL
URGENTE

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 324047
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3240 4710 0103 0378

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193333177578 25/06/2019 17:16:41

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
16358	LACTUGOLD 567MG/ML AMEIXA 120ML-ARTE NATI- VA LT 219 (5)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: 219, Qtde: 5 ,Data Fab: 29/03/2019, Data Val: 28/02/2021)	21069030	000	6108	FR	5	5,1100	25,55	25,55	3,07		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19C3- 27 (10)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19C327, Qtde: 10 ,Data Fab: 13/06/2019, Data Val: 28/02/2021)	30042099	000	6108	TB	10	6,2240	62,24	62,24	7,47		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1914570 (1)05/22 (Forneco- dor: 4, Lote: 1914570, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/06/2019, Data Val: 30/05/2022)	38089429	000	6108	CX	1	41,6000	41,60	41,60	4,99		12,00	
14080	CLOR.DE SODIO 0,9% 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 19C10321 (3)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19C10321, Qtde: 3 ,Data Fab: 30/05/2019, Data Val: 30/03/2021)	30039099	000	6108	CX	3	32,8000	98,40	98,40	11,81		12,00	
12772	FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLA- BOR A1 LT AS16318 (1)09/20 (Fornecedor: 4, Lote: AS16318, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/01/2- 019, Data Val: 30/09/2020)	30045090	000	6108	CX	1	150,8000	150,80	150,80	18,10		12,00	
12176	TRAMADOL 100MG 60AMP 2ML GEN-TEUTO A2 LT 9069228 (2)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: 9069228, Qtde: 2 ,Data Fab: 11/03/2019, Data Val: 30/01/2021)	30049039	000	6108	CX	2	48,0000	96,00	96,00	11,52		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18005730 (2)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: BF18005730, Qtde: 2 ,Data Fab: 06/05/2019, Data Val: 30/11/20- 20)	30043100	000	6108	FR	2	18,7350	37,47	37,47	4,50		12,00	
22039	ALUMIMEC FR 100ML-IMEC LT 30126 (5)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 30126, Qtde: 5 ,Data Fab: 25/06/2019, Data Val: 30/06/2021)	30049099	000	6108	FR	5	2,1000	10,50	10,50	1,26		12,00	

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/06/19
ASS. *[assinatura]*

Convenio 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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793398039919600000690002935709179730000128042

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	80.603
DATA DE VENCIMENTO	06/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	06/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	1.280,42
VALOR COBRADO	1.280,42

=====

NR. AUTENTICACAO D.4B6.B29.183.B53.46A

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:11-4934-1700DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA 1Nº 324121
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3241 2110 0062 8961

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193333273354 25/06/2019 18:42:38

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
25/06/2019ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

001 06/08/2019 1.280,42

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.280,42	103,04	0,00	0,00	1.280,42
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
				1.280,42

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTI

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540ENDEREÇO
AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,MUNICÍPIO
POUSO ALEGREUF
MGINSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

39,84

39,84

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	GST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (100)11/22 (Fornecedor: 4, Lote: 20171110, Qtde: 100, Data Fab: 11/06/2019, Data Val: 30/11/2022)	48114190	200	6108	UND	100	0,7896	78,96	78,96	3,16		4,00	
24472	PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25-0ML-FBM LT C19A004 (6)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: C19A004, Qtde: 6, Data Fab: 25/04/2019, Data Val: 30/01/2021)	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 401 (1)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: 401, Qtde: 1, Data Fab: 08/05/2019, Data Val: 03/04/2024)	30059090	000	6108	CX	1	176,4500	176,45	176,45	21,17		12,00	
7225	C.GAZE 7,5 X 7,5 13F N.EST.C/500 "8"-KARINA (AMERICA) C27 LT 704 (5)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: 704, Qtde: 5, Data Fab: 24/06/2019, Data Val: 12/06/2024)	30059090	000	6108	PCT	5	15,6000	78,00	78,00	9,36		12,00	
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57218112 (6)11/23 (Fornecedor: 4, Lote: 57218112, Qtde: 6, Data Fab: 15/02/2019, Data Val: 30/11/2023)	90183219	200	6108	CX	6	5,5817	33,49	33,49	1,34		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 2...

ITENS 1,5 a 10,12,15 a 16 Aliquota para produtos importados (Resolucao 13/2014 do Senado Federal).

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 127,43

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 296726

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: 0,27

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/06/19
ASS. *Amis*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, ou faltas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento de transportes

Supered**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
8Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUÍ, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 324121
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO:

3119 0611 2060 9900 0107 5500 1000 3241 2110 0062 8961

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193333273354 25/06/2019 18:42:38

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
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1775M4 (2)05/- 24 (Fornecedor: 4, Lote: 1775M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 04/05/2019, Data Val: 30/05/20- 24)	90183219	200	6108	CX	2	4,9450	9,89	9,89	0,40		4,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 638M4 (2)02/- 24 (Fornecedor: 4, Lote: 638M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 18/04/2019, Data Val: 28/02/20- 24)	90183219	200	6108	CX	2	4,9450	9,89	9,89	0,40		4,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT F5- 36 (1)10/23 (Fornecedor: 4, Lote: F536, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/02/2019, Data Val: 30/10/2023)	90183111	200	6108	CX	1	55,0100	55,01	55,01	2,20		4,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0268 (2)09/23 SSSLAA0317 (3)12/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0268, Qtde: 2 ,Data Fab: 25/04/2019, Data Val: 30/09/20- 23 / Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0317, Qtde: 3 ,Data Fab: 03/05/2019, Data Val: 30/12/2023)	90183119	200	6108	CX	5	21,4000	107,00	107,00	4,28		4,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0338 (12)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0338, Qtde: 12 ,Data Fab: 26/04/201- 9, Data Val: 30/01/2024)	90183119	200	6108	CX	12	18,2500	219,00	219,00	8,76		4,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR010J (2)05/22 (Fornecedor: 4, Lote: PR010J, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/05/2019, Da- ta Val: 30/05/2022)	40151900	000	6108	CX	2	144,4150	288,83	288,83	34,66		12,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5- 0-DESCARPACK LT SECDA0007 (6)01/22 (Fornecedor: 4, Lote: SECDA0007, Qtde: 6 ,Data Fab: 07/05/2019, Data Val: 30/01/20- 22)	90181100	200	6108	PCT	6	10,4733	62,84	62,84	2,51		4,00	
10450	SONDA FOLEY 2V N.16 30CC C/10-SOLIDOR LT 9318111 (1)11/23 (Fornecedor: 4, Lote: 9318111, Qtde: 1 ,Data Fab: 07/05/2019, Data Val: 30/11/2023)	90183921	700	6108	CX	1	18,8900	18,89	18,89	2,27		12,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 LT 46352 (10)07/22 (Forneco- dor: 4, Lote: 46352, Qtde: 10 ,Data Fab: 12/06/2019, Data Val: 30/07/2022)	90183929	000	6108	PCT	10	5,9350	59,35	59,35	7,12		12,00	
21430	FIO AGULH.NYLON PRETO 2/0 45CM 30MM 3/8 C/24-PROCARE REF.230 LT 41518102 (1)10/23 (Fornecedor: 4, Lote: 41518102, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/04/2019, Data Val: 30/10/20- 23)	30061090	200	6108	CX	1	23,3300	23,33	23,33	0,93		4,00	
10734	SONDA END.PVC N.8,5 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 1317121 (1)12/22 (Fornecedor: 4, Lote: 13- 17121, Qtde: 1 ,Data Fab: 08/11/2018, Data Val: 30/12/2022)	90183929	200	6108	CX	1	33,2300	33,23	33,23	1,33		4,00	

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/06/19
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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793398039919600004801002935706179730000065108

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	80.604
DATA DE VENCIMENTO	06/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	06/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	651,08
VALOR COBRADO	651,08

=====

NR.AUTENTICACAO E.C8B.217.421.A7B.030

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
1-SAIDA

Nº 330351
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3303 5110 0111 8591

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131193348251507 09/07/2019 22:26:15

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
09/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE RECEBIMENTO
10 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 06/08/2019 651,08

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	651,08	VALOR DO ICMS	52,82	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	651,08
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	651,08

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

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

26,83

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
7225	C.GAZE 7,5 X 7,5 13F N.EST.C/500 "8"-KARI-NA (AMERICA) C27 LT 70 (3)06/24 (Fornecedor: 4, Lote: 70, Qtde: 3, Data Fab: 08/07/2019, Data Val: 12/06/2024)	30059090	000	6108	PCT	3	15,6000	46,80	46,80	5,62		12,00	
13140	AG.DESC.40 X 1,2 C/100-DESCARPACK LT SA-GAAA050F (3)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: SAGAAA050F, Qtde: 3, Data Fab: 08/04/2019, Data Val: 30/01/2024)	90183219	200	6108	CX	3	5,1500	15,45	15,45	0,62		4,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 790M4 (2)02/24 (Fornecedor: 4, Lote: 790M4, Qtde: 2, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 29/02/2024)	90183219	200	6108	CX	2	4,8350	9,67	9,67	0,39		4,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSSLAA0268 (6)08/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSSLAA0268, Qtde: 6, Data Fab: 25/04/2019, Data Val: 30/09/2023)	90183119	200	6108	CX	6	21,0333	126,20	126,20	5,05		4,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G286 (2)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: G286, Qtde: 2, Data Fab: 04/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183119	200	6108	CX	2	82,5600	165,12	165,12	6,60		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

.# R 41 B 2...

ITENS 2 a 5 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal. Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 64,38

Pedido: 302853

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

16041314341222000000007304445.

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.

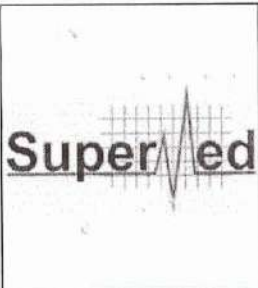
Rota....: 3 Cubagem: 0,17

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/07/19
ASS. *[assinatura]*

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

só serão repostas de forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.



**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 330351
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3303 5110 0111 8591

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193348251507 09/07/2019 22:26:15

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
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR012J (2)06/22 (Fornecedor: 4, Lote: PR012J, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Da- ta Val: 30/06/2022)	40151900	000	6108	CX	2	143,9200	287,84	287,84	34,54		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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

001900000901711536001007254471717797300000050503

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 80.605

NOSSO NUMERO 17115360000725447

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 06/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 06/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 505,03

VALOR COBRADO 505,03

=====

NR.AUTENTICACAO E.C30.85F.701.927.CA7

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 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP CEP 13916-074 - 193525800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1177937 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3519 0767 7291 7800 0491 5500 1001 1779 3711 9271 4649 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 DENTRO ESTADO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190472835687 02/07/2019 20:36:48			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO		CNPJ 67.729.178/0004-91	
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303				BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO	
MUNICÍPIO LINS		FONE / FAX 1836591243		UF SP	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DA EMISSÃO 02/07/2019	
DATA DA ENTRADA/SAÍDA 02/07/2019		HORA DE SAÍDA		DATA DA EMISSÃO	
FATURA/DUPLICATA					
FATURA/DUPLIC.		VENCIMENTO		VALOR	
1177937/1		06/08/2019		505,03	
FATURA/DUPLIC.		VENCIMENTO		VALOR	
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	
505,03		85,83		0,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO	
0,00		0,00		0,00	
VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR DO ICMS		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		505,03	
VALOR DO IPI		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		505,03	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		0 - Por conta do emitente			
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	
RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA		SAO JOSE DO RIO PRETO		SP	
QUANTIDADE		ESPECIE		MARCA	
3,00		VOLUME(S)			
NUMERO		PESO BRUTO		PESO LIQUIDO	
0,09690		16,423		16,423	
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS					
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN
015611	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1MT (NEVE) L: 245 Q: 36,0000 V: 01/03/2024	30051090	000	5102	RO
028642	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (POLAR FIX) L: 5865 -02-01 Q: 84,0000 F: 28/02/17 V: 28/02/2022	30059090	000	5102	RO
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEX021 Q: 500,0000 V: 31/12/2023	65069900	200	5102	PC
028901	ESPARADRAPO 10CMX4,5MTS (CIEIX) L: ES030/19-ECHM Q: 12,0000 V: 28/06/2-120	30051090	000	5102	RO
029589	LUA DE PROCEDIMENTO M NITRILE S/TALCO (TALGE) L: TLNMT009 Q: 1.000,0000 V: 30/01/2024	40151900	200	5102	PC
030027	COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (ASTROMED) L: ABXS3052019 Q: 30,0000 V: 30/05/2024	48191000	000	5102	PC
029107	ACIDO TRANEXAMICO 250MG/5ML (BLAU/ARISTON) (ITE M GENERICO) L: 19030363 Q: 30,0000 V: 30/03/2021	30049099	000	5102	AP
VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS IPI
0,7617	27,42	27,42	4,94	0,00	18,00 0,00
0,7026	59,02	59,02	10,62	0,00	18,00 0,00
0,0447	22,35	22,35	4,02	0,00	18,00 0,00
5,6829	68,19	68,19	12,27	0,00	18,00 0,00
0,1624	162,40	162,40	29,24	0,00	18,00 0,00
2,702	81,06	81,06	14,59	0,00	18,00 0,00
2,8195	84,59	84,59	10,15	0,00	12,00 0,00
CÁLCULO DO ISSQN					
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	
550516029		0,00		0,00	
VALOR DO ISSQN		VALOR DO ISSQN		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 - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - 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 Bem/Mercadoria do Cod./Produto 028901 fabricado em escala industrial nao relevante pelo contribuinte CIEIX COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LT, CNPJ 93480192000161. DATA ENTREGA: 03/07/2019 Pedido: 1428861 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1428861 *** 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: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL					

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/07/19
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. Custeio

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:01
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000403698101015579750000260524

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	80.801
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	08/08/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	08/08/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	2.605,24
--------------------	----------

VALOR COBRADO	2.605,24
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	1.82A.31B.49E.D24.4C7
-----------------	-----------------------

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



HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD

NUTR LTDA

RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO
17015-022 BAURU SP
Telefone(14) 3366-6900

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA
1 - SAÍDANº 43867
Série 0
FL 1/1

CHAVE DE ACESSO

3519 0602 7864 3600 0183 5500 0000 0438 6719 5899 7005

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

135190448330533 24/06/2019 15:27:37

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDAS MERC.AD/REC.TERCINSCRIÇÃO ESTADUAL
209248284110

INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

02.786.436/0001-83

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

24/06/2019

ENDEREÇO

RUA 7 DE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16200-000

24/06/2019

MUNICÍPIO

BILAC

FONE/FAX

(14) 3532-5198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA / ENTRADA

15:25

FATURA

0 - A vista

08/08/2019

2.605,24

1 - A prazo

1

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR FCP-ST	VLR APROX TRIBUTOS (LEI 12.741/2012)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	820,65	2.605,24
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		2.605,24

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOROESTE EXPRESS LOGISTICA E TRANSP LTDA	0-CIF				20762390000144
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
RUA JOAQUIM ANACLETO BUENO, 2-50	BAURU	SP	209552434112		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	VOL			15,000	15,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO 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 Lote 10ML1368 Val 31-10-20 Qtd 11,00 Vlr aprox. tributos R\$ 820,65 (31,5000%, Conf. Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	060	5405	UN	11,000	236,8400	2.605,24						

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/06/2019
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

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 ENTREGAR NA RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 BAIRRO: CENTRO CIDADE: MIRANDÓPOLIS/SP CEP:16800-000-MONTADO E FAT POR LEANDRO.							

SINC Release 15.1 Support Informática - 14 3269-3330 - www.supportarb.com.br

Versão NFe 4.00

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Mia 09/08

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado
THAIS BOARETO DA SILVA

Número Carteira Profissional
22778

Série
315

PERÍODOS

De Aquisição
15/09/2017 A 14/09/2018

De Gozo das Férias
12/08/2019 A 10/09/2019 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 2.775,83
Média Horas: 55,04
Média Valores: 996,45
Outras Vantagens: 199,60
TOTAL BASE CALCULO: 4.026,92

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 4.026,92 P
1/3 das Férias: 1.342,31 P
Abono de Férias: 0,00
1/3 do Abono de Férias: 0,00
Adicional do Dobro das Férias: 0,00
1/3 do Dobro das Férias: 0,00
Salário Família: 0,00
1ª Parcela 13º Salário: 0,00
Desconto da Previdência: 590,61 D
Desconto do imposto de Renda: 444,76 D

TOTAL DOS PROVENTOS: 5.369,23 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 1.035,37 D
TOTAL LIQUIDO: 4.333,86 P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 4.333,86 (quatro mil trezentos e trinta e três reais e oitenta e seis centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 12/07/2019

THAIS BOARETO DA SILVA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 4.333,86 (quatro mil trezentos e trinta e três reais e oitenta e seis centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 09/08/2019
MIRANDOPOLIS

THAIS BOARETO DA SILVA

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

08/08/19
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.02
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85870000074-0	00150179190-4
	80863105384-7	53494610008-6
Data do pagamento		08/08/2019
CNPJ/CEI/CPF	45349461/0008-89	
COMPETENCIA		07/2019
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		08/08/2019
VALOR DEPOSITO		7.400,15
Valor Total		7.400,15

DOCUMENTO: 080803
AUTENTICACAO SISBB: 3.961.A9B.F98.418.339

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



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 07/08/2019 - 14:37:45

Mia

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 87.679,53	06-QTDE TRABALHADORES 42	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017983-3	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 07/2019	12-DATA DE VALIDADE 08/08/2019
13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.014,36		14-ENCARGOS 385,79	15-TOTAL A RECOLHER 7.400,15	

VALOR FGTS A RECOLHER EM 08/08/2019

858700000740 001501791904 808631053847 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 07/08/2019 - 14:37:45

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 87.679,53	06-QTDE TRABALHADORES 42	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017983-3	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 07/2019	12-DATA DE VALIDADE 08/08/2019
13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.014,36		14-ENCARGOS 385,79	15-TOTAL A RECOLHER 7.400,15	

VALOR FGTS A RECOLHER EM 08/08/2019

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

858700000740 001501791904 808631053847 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

08/08/2019
211

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793398039919700006211002935705579740000053086

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 80.804

DATA DE VENCIMENTO 07/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 08/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 530,86

JUROS/MULTA 0,88

VALOR COBRADO 531,74

=====

NR.AUTENTICACAO 6.459.1EA.8C5.0D4.FA5

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**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1Nº 18024
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0180 2410 0054 4570

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.STPROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190490006926 10/07/2019 11:34:00INSCRIÇÃO 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

45.349.481/0001-02

DATA DA EMISSÃO

10/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

10 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 07/08/2019 530,86

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
318,59	57,35	0,00	0,00	530,86
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
				530,86

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA 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

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

3

CAIXA

10,32

10,32

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/- FILTRO-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA017G, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90183929	200	5102	CX	1	55,0000	55,00	55,00	9,90		18,00	
23164	EQ.TRANSF.SOLUCOES P.DUPLA C/5-MEDSONDA REF.10312551 (Fornecedor: 9657, Lote: 505- 47, Qtde: 4, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2023)	90189010	000	5102	BLI	4	3,1900	12,76	12,76	2,30		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900021110, Qtde: 15, Data Fab: 01/05/201- 9, Data Val: 30/04/2022)	90183921	040	5102	PC	15	8,4980	127,47					
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SECDDA0008, Qtde: 4, Data Fab: 01/12/2018, Data Val: 30/11/2021)	90181100	200	5102	PCT	4	10,4725	41,89	41,89	7,54		18,00	
24472	PERIODONT BNK. BUCAL 0,12% 25- OML-FBM (Fornecedor: 7654, Lote: C19A006, Qtde: 6, Data Fab: 01/01/2019, Data val: 30/01/2021)	33069000	000	5102	FR	6	4,1400	24,84	24,84	4,47		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRAANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 3. Rota R1 possui 2
volume(s), rota R2 possui 1 volume(s)#R1V1R1V1R2V1..ITEM 3 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate
30/09/2019.

ITEM 9 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria

ITEM 9 ICMS-ST retido por operação anterior base: 73,64 valor: 7,01

Pedido: 18226

End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-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-G Item-9

Rota....: 3 Cubagem: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/07/19
ASS. *Romy*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**MERCADORIA AVARIADA E/OU
GALIAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**

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 18024
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0180 2410 0054 4570

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190490006926 10/07/2019 11:34:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
7589	BISTURI DESC. N.15 PC-EMBRAMB REP.493766 LT 1900018265 (10) 04/2022 (Forneced- dor: 1496, Lote: 1900018265, Qtde: 10 ,Da- ta Fab: 01/05/2017, Data Val: 30/04/2022)	90189029	000	5102	PC	10	1,1950	11,95	11,95	2,15		18,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-TALGE (Fornecedor: 1695, Lote: TMTW041, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/08/2018, Data Val: 01/08/20- 23)	63079010	200	5102	PCT	6	3,9083	23,45	23,45	4,22		18,00	
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9- 5(PFF2) (Fornecedor: 918, Lote: SMNSAA000- 4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2018, Data Val: 30/06/2023)	63079010	200	5102	CX	2	32,3750	64,75	64,75	11,86		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE- RIATRIC LT 10560 (1) 01/2022 (Fornecedor: 7983, Lote: 10560, Qtde: 1 ,Data Fab: 15/- 01/2019, Data Val: 15/01/2022)	96190000	060	5405	FD	1	84,8000	84,80					
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 (Fornecedor: 9657, Lote: 493- 26 , Qtde: 10 ,Data Fab: 01/12/2018, Data Val: 31/12/2022)	90183929	000	5102	PCT	10	5,9350	59,35	59,35	10,68		18,00	
14602	ALM. PLAST.250ML TRANSP. B.RETO C/1- 2-J.PROLAB (Fornecedor: 7651, Lote: 81208, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/03/2019, Data Val: 29/03/2024)	39233000	000	5102	PCT	1	24,6000	24,60	24,60	4,43		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

13/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 10:56:02
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	13/08/2019
NR. DOCUMENTO	550.037.000.363.151
VALOR TOTAL	1.221,04

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HUMANA ALIMENTAR LTDA	
AGENCIA: 0037-X	CONTA: 363.151-6
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211

=====

IDENTIFICADOR 1:	45.349.461/0001 02
------------------	--------------------

=====

NR.AUTENTICACAO	4.64D.F71.61E.148.18A
-----------------	-----------------------

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



HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD
NUTR LTDA
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 43894
Série 0
FL 1/1



CHAVE DE ACESSO
3519 0602 7864 3600 0183 5500 0000 0438 9417 0328 0803

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
135190455905872 26/06/2019 16:29:08

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDAS MERC.AD/REC.TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL 209248284110 INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO CNPJ 02.786.436/0001-83

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02 DATA DE EMISSÃO 26/06/2019
ENDEREÇO RUA 7 DE SETEMBRO, 529 BAIRRO / DISTRITO CENTRO CEP 16200-000 26/06/2019
MUNICÍPIO BILAC FONE/FAX (14) 3532-5198 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA SAÍDA / ENTRADA 16:25

FATURA

0 - A vista 10/06/2019 1.221,04
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) 384,62	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.221,04
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 1.221,04

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 1	ESPÉCIE VOL	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 10,000	PESO LÍQUIDO 10,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DOS PRODUTOS	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CRT	GST	CFOP	UN	QTDE	VLR UNITÁRIO	VLR TOTAL	DESC.	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
54	KABIVEN 1800 KCAL / 2053 ML Lote 10ML1340 Val 30-10-20 Qtd 4,00 Vir aprox. tributos RS 384,62 (31,5000%, Conf. Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	060	5405	UN	4,000	305,2600	1.221,04						

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/07/19
ASS. [assinatura]

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	Vir ICMS Inter. p/destino	Vir ICMS Inter. p/remetente	Vir IPI devol. 0,00	RESERVADO AO FISCO
Ind. presença 3=Operação não presencial, Teleatendimento					13/08/19
PEDIDO PASSADO POR MICHELE E DIG POR DRIELY ENTREGAR NA: RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 BAIRRO: CENTRO CIDADE: MIRANDÓPOLIS/SP CEP:16800-000-MONTADO E FAT POR LEANDRO.					211

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

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº: 530

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

1

Nº: 530

Série: 1

FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3519 0616 6104 5100 0180 5500 1000 0005 3010 3370 5997

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

135190451792508 25/06/2019 14:57:49

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

25/06/2019 14:49:03

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\$ 1.485,00

VALOR DO ICMS

R\$ 267,30

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.

R\$ 0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

R\$ 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

R\$ 1.485,00

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\$ 1.485,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0-REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,0000

PESO LÍQUIDO

0,0000

DADOS DO 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
6235	OMEOPRAZOL EV + DILUENTE 40MG LT: 18080169 VL:07/20	30049039	000	5102	UN	20	5,5000	110,00	110,00	19,80	0,00	18,00	0,00
6735	MEROPENEM TRI-HIDRATADO 1G LT: 1115026D8 VL:07/20	30049039	000	5102	UN	50	18,5000	925,00	925,00	166,50	0,00	18,00	0,00
6237	VANCOMICINA 500MG LT 107632C VL:04/20	30049039	000	5102	UN	100	4,5000	450,00	450,00	81,00	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

13/08/2019

211

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 12/08/2019

ENDEREÇO DE ENTREGA:

AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585

MIRANDÓPOLIS

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/06/2019
ASS. *[Assinatura]*

13/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 10:56:02
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	13/08/2019
NR. DOCUMENTO	550.101.000.068.535
VALOR TOTAL	450,00

***** TRANSFERIDO PARA:

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

=====

NR.AUTENTICACAO	4.D95.16F.78C.32F.2AE
-----------------	-----------------------

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

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

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e Nº: 533 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: 533 Série: 1 FOLHA 1 / 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3519 0616 6104 5100 0180 5500 1000 0005 3310 3377 8252 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	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190458494417 27/06/2019 12:38:03
INSCRIÇÃO ESTADUAL 206488140110	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST. CNPJ / CPF 16.610.451/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	27/06/2019 12:29:19
ENDEREÇO Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03	BAIRRO / DISTRITO Jardim Ariano	CEP 16400-400	DATA SAÍDA / ENTRADA
MUNICÍPIO Lins	FONE / FAX	UF SP	HORA SAÍDA / ENTRADA

FATURA / PARCELA

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS R\$ 450,00	VALOR DO ICMS R\$ 81,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST. R\$ 0,00	VALOR DO ICMS SUBST. R\$ 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS R\$ 450,00	
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\$ 450,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0-REMETENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
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
6237	VANCOMICINA 500MG LT: 107632C - VAL 04/2020	30049039	000	5102	UN	100	4,5000	450,00	450,00	ICMS IPI
										ALÍQUOTA %
										ICMS IPI
										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

13/08
211

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Informações complementares de interesse do Contribuinte: PAGAMENTO BOLETO PARA 12/08/2019 ENDEREÇO DE ENTREGA: AV. DR. RAUL CUNHA BUENO, 585 MIRANDÓPOLIS UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 28/06/2019 ASS. <u>Isadora</u>

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23793398039920300000778002935704379800000199674

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 81.301

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 13/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.996,74

VALOR COBRADO 1.996,74

=====

NR.AUTENTICACAO 4.B04.0A7.D99.608.5EA

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:11-4934-1700DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 327185
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3271 8510 0096 4672

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193340910351 02/07/2019 17:08:19

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

02/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

02 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 13/08/2019 1.996,74

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
1.996,74	161,97	0,00	0,00	1.996,74
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.996,74

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,MUNICÍPIO
POUSO ALEGREUF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE
6ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
30,90PESO LÍQUIDO
30,90

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
19819	ENOXAPARINA (VERSA) 60MG C/2 SER.-EUROFARMA LT 595556A (3)12/20 (Fornecedor: 4, Lote: 595556A, Qtde: 3 ,Data Fab: 02/07/2019, Data Val: 31/12/2020)	30049099	000	6108	CX	3	51,7400	155,22	155,22	18,63		12,00	
14491	HEMOPOL 5.000UI 25AMP 0,25ML-CRISTALIA LT 19040425 (4)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19040425, Qtde: 4 ,Data Fab: 24/06/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	4	118,7775	475,11	475,11	57,01		12,00	
16338	MEROFENEMA 1G IV 25FAM GEN-EUROFARMA LT 611204A (2)03/21 (Fornecedor: 1088, Lo- te: 611204A, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/201- 9, Data Val: 30/03/2021)	30042099	300	6108	CX	2	485,1850	970,37	970,37	38,81		4,00	
11929	CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 10- OML-PRATI DONADUZZI LT 19E34B (10)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19E34B, Qtde: 10 ,Data Fab: 30/05/2019, Data Val: 30/05/20- 21)	30049099	000	6108	FR	10	1,8390	18,39	18,39	2,21		12,00	
9984	TOPCOID GEL 5MG/G 40G-U.QUIMICA LT 1910390 (5)03/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1910390, Qtde: 5 ,Data Fab: 08/04/2019, Data Val: 30/03/2022)	30049099	000	6108	TB	5	7,5380	37,69	37,69	4,52		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14/15...

ITEM 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal,
Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 197,44

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 299779

End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horar

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/07/19
10ms
ASS. _____
mercadorias avariadas, ou raltas
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

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 327185
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3271 8510 0096 4672

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193340910351 02/07/2019 17:08:19

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
18869	SOL.ENEMA DE GLICER 12% 24FR 500ML-SANO-BIOL LT 19055047 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19055047, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/06/-2019, Data Val: 30/05/2021)	30049099	000	6108	CX	1	96,5000	96,50	96,50	11,58		12,00	
11555	CLOR.DE SODIO 0,9% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT IMC1 (2)05/21 IMC2 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: IMC1, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 31/05/2021 / Fornecedor: 4, Lote: IMC2, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	000	6108	CX	3	33,5900	100,77	100,77	12,09		12,00	
11558	SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT GQF1 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: GQF1, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/06/2019, Data Val: 30/03/2021)	30049099	500	6108	CX	1	41,8800	41,88	41,88	5,03		12,00	
12214	BICARBONATO SODIO 8,4% 100AMP 10ML-FARMACE LT BS19B006 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: BS19B006, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/04/2019, Data Val: 28/02/2021)	30039099	000	6108	CX	1	88,4500	88,45	88,45	10,61		12,00	
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT V5663 (1)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: V5663, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/03/2019, Data Val: 30/11/2020)	30043220	000	6108	CX	1	4,2600	4,26	4,26	0,51		12,00	
15356	CLONAZEPAM 2,5MG GTS 20ML GEN-EMS LT Z1269 (3)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: Z1269, Qtde: 3 ,Data Fab: 17/05/2019, Data Val: 30/03/2021)	30049069	000	6108	FR	3	2,7000	8,10	8,10	0,97		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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/07/19
ASS. *loms*

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.
=====

23793398039920300000776002935708979800000120687

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 81.302

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 13/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.206,87

VALOR COBRADO 1.206,87
=====

NR.AUTENTICACAO 5.AD6.DAB.1B0.BEF.378

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
1-SAIDA 1

Nº 327169
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3271 6910 0041 5977

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
131193340879695 02/07/2019 16:53:57

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
02/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
02 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 13/08/2019 1.206,87

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
1.206,87	97,33	0,00	0,00	1.206,87
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
				1.206,87

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA 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

7

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

41,05

PESO LÍQUIDO

41,05

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
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER LT CAM00602 (1)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: CAM00602, Qtde: 1, Data Fab: 22/02/2019, Data Val: 30/01/2021)	30051090	000	6108	PCT	1	11.1000	11,10	11,10	1,33		12,00	
24190	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/24-CIEX LT FP0-6519 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: FP065-19, Qtde: 1, Data Fab: 19/03/2019, Data Val: 20/02/2021)	30051090	000	6108	CX	1	73.6600	73,66	73,66	8,84		12,00	
3364	ALGODAO HIDROF.500G ROLO-NEVOA LT 11901E (2)10/23 (Fornecedor: 4, Lote: 11901E, Qtde: 2, Data Fab: 17/04/2019, Data Val: 30/10/2023)	30059090	000	6108	RL	2	8.2600	16,52	16,52	1,98		12,00	
19825	C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/05 CX.720-AMERIC LT 181 (1)02/24 (Fornecedor: 4, Lote: 181, Qtde: 1, Data Fab: 22/05/2019, Data Val: 11/02/2024)	30059090	000	6108	CX	1	176.4500	176,45	176,45	21,17		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

R 14/15....

ITENS 6 a 12,14 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 119,90

Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00

Pedido: 299827

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 PJENG

16041314341222200000007304445.

Sector de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671.

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, FOMTE DE RECURSO ESTADUAL DO ESTADO DE SP, NÃO SE RESPONSABILIZA.

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota....: 3 Cubagem: 0,29

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/07/19
10ms
ASS.

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

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

1

Nº 327169
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3271 6910 0041 5977

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193340879695 02/07/2019 16:53:57

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
7225	C.GAZE 7,5 X 7,5 13F N.EST.C/500 *8*-KARI- NA (AMERICA) C27 LT 604 (1)05/24 674 (2)0- 6/24 (Fornecedor: 4, Lote: 604, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2016, Data Val: 01/05/20- 22 / Fornecedor: 4, Lote: 674, Qtde: 2 ,Data Fab: 19/09/2018, Data Val: 04/06/20- 23)	30059090	000	6108	PCT	3	15,6000	46,80	46,80	5,62		12,00	
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57118112 (10)11/23 (Fornecedor: 4, Lote: 57118112, Qtde: 10 ,Data Fab: 12/04/2019, Data Val: 30/11/2023)	90183219	200	6108	CX	10	5,3860	53,86	53,86	2,15		4,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1775M4 (2)05/- 24 (Fornecedor: 4, Lote: 1775M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 04/06/2019, Data Val: 30/05/20- 24)	90183219	200	6108	CX	2	4,8350	9,67	9,67	0,39		4,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 1875M4 (2)05/ 24 (Fornecedor: 4, Lote: 1875M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/06/2019, Data Val: 30/05/20- 24)	90183219	200	6108	CX	2	4,8350	9,67	9,67	0,39		4,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20- 0-TXL LT Z2A365B7 (2)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: Z2A365B7, Qtde: 2 ,Data Fab: 15/05/- 2019, Data Val: 01/01/2024)	90183999	200	6108	CX	2	38,5250	77,05	77,05	3,08		4,00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 1218011 (1)01/23 (Fornecedor: 4, Lote: 12- 18011, Qtde: 1 ,Data Fab: 21/05/2019, Data Val: 30/01/2023)	90183929	200	6108	CX	1	33,2300	33,23	33,23	1,33		4,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0281 (10)09/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0281, Qtde: 10 ,Data Fab: 16/04/201- 9, Data Val: 30/10/2023)	90183119	200	6108	CX	10	21,0340	210,34	210,34	8,41		4,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G358 (1)06/24 G379 (1)06/24 (Fornecedor: 4, Lo- te: G358, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024 / Fornecedor: 4, Lo- te: G379, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183119	200	6108	CX	2	82,5600	165,12	165,12	6,60		4,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR012J (2)06/22 (Fornecedor: 4, Lote: PR012J, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Da- ta Val: 30/06/2022)	40151900	000	6108	CX	2	144,4150	288,83	288,83	34,66		12,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMFOR LT 23112018 (2)11/21 (Fornecedor: 4, Lote: 23112018, Qtde: 2 ,Data Fab: 15/03/2019, Data Val: 23/11/2021)	90189010	200	6108	PCT	2	17,2850	34,57	34,57	1,38		4,00	

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/07/19
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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793398039920300004912002935703779800000088162

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 81.303

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 13/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 881,62

VALOR COBRADO 881,62

NR.AUTENTICACAO D.411.031.F6F.A7C.182

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 Automotiva - 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 16720
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0167 2010 0061 2894

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq. de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190472395420 02/07/2019 17:21:28

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 (3487)

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
02 JUN. 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 13/08/2019 881,62

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
881,62	158,69	0,00	0,00	881,62
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				881,62

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO 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 SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 4	ESPÉCIE CAIXA	MARGA	NÚMERO	PESO BRUTO 19,70	PESO LÍQUIDO 19,70

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
23203	PITA ADESIVA HOSP.19X50 C/48 RL-EUROCEL LT 140519-C08 (1) 05/2022 (Fornecedor: 17506, Lote: 140519-C08, Qtde: 1, Data Fab: 14/0- 5/2019, Data Val: 14/05/2022)	48114110	000	5102	CX	1	96,0500	96,05	96,05	17,29		18,00	
13500	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,0 PC-SOLI- DOR (Fornecedor: 2080, Lote: 13318101, Qtde: 2, Data Fab: 01/10/2018, Data Val: 31/10/2023)	90183929	200	5102	PC	2	15,3500	30,70	30,70	5,53		18,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0008, Qtde: 6, Data Fab: 01/12/2018, Data Val: 30/11/2021)	90181100	200	5102	PCT	6	10,4733	62,84	62,84	11,31		18,00	
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SLVJAA049S (1) 10/2023 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SLVJAA049S, Qtde: 1, Data Fab: 14/12/2018, Data Val: 31/10/2023)	39262000	200	5102	CX	1	189,9100	189,91	189,91	34,18		18,00	
14684	LUVA P/ TOQ. INDIV. TRANSP. C/10- 0-LUPLAST (Fornecedor: 8072, Lote: 2005, Qtde: 3, Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 30/06/2022)	39262000	000	5102	PCT	3	6,1467	18,44	18,44	3,32		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 4. Rota R1 possui 2
volume(s), rota R5 possui 1 volume(s), rota R6 possui 1 volume(s) #R5V1R1V2R6V1..
Pedido: 16912

End. Entrega: AV DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :

CCOMERCIAL

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.

Rcta....: 3 Cubagem: 0,12

**MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/07/19
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

Super ed

**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 16720
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0167 2010 0061 2894

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq. de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190472395420 02/07/2019 17:21:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL
183.070.970.117

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
23463	FILTRO BACTER./VIRAL AD.C/TRAQ.-BRMED REF.880530.10 (Fornecedor: 1854, Lote: 18-0975, Qtde: 50, Data Fab: 18/12/2018, Data Val: 18/12/2023)	90192010	200	5102	UND	50	5,8696	293,48	293,48	52,83		18,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 (Fornecedor: 4, Lote: 45176, Qtde: 10, Data Fab: 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.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR (Fornecedor: 918, Lote: SEHAAA0012, Qtde: 2, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90189099	200	5102	PCT	2	17,9000	35,80	35,80	6,44		18,00	
23084	AVENTAL DESC.ML 20GR BR C/PUNHO C/10-BCLYPES (Fornecedor: 1824, Lote: BAL22, Qtde: 10, Data Fab: 29/01/2019, Data Val: 29/01/2024)	54071029	000	5102	PCT	10	9,5050	95,05	95,05	17,11		18,00	

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/07/19
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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100639594530379770000044100

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 81.304

DATA DE VENCIMENTO 10/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 13/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 441,00

JUROS/MULTA 2,19

VALOR COBRADO 443,19

=====

NR.AUTENTICACAO 4.D2B.7A6.779.D8D.A1E

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 806986	Número da nota 815886
Data da emissão da nota 13/07/2019 03:28:40	
Data do fato gerador 12/07/2019 17:22:17	
Código de verificação QDGZ-DSIXA	

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. 7/2019.	441,00	1	441,00	441,00 x	2,00 =	8,82

VENCIMENTOS: (10/08/2019 - 441,00) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R\$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00
VALOR BRUTO DA NOTA = R\$ 441,00			VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 441,00	

Código do serviço:

0103 / Processamento de dados e congêneres.

Valor das Deduções(R\$) 0,00	Base de Cálculo(R\$) 441,00	Alíquota(%) 2,00	Valor ISS(R\$) 8,82
--	---------------------------------------	----------------------------	-------------------------------

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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190611754023173359900002034312579830000026105

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	81.401
NOSSO NUMERO	6117402317
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	16/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	14/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	261,05
VALOR COBRADO	261,05

=====

NR.AUTENTICACAO B.5F0.DC7.1CC.0DC.7AA

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 239789
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0704 0278 9400 0164 5500 1000 2397 8910 0060 1122

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 MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190472697040 02/07/2019 19:10:20

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
02/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
02/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
19:09

FATURA / DUPLICATA

001 16/08/2019 261,05

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	261,05	VALOR DO ICMS	31,33	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	261,05
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	261,05

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
11305	RANITIDINA 50MG 100/2ML GEN - HYPOFARMA (Lote: 19050393, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-5/2021)	30039099	000	5102	CX	1	47,5000	47,50	47,50	5,70		12,00	
9234	ETOMIDATO 2MG 25/10ML GEN-CRISTA CIUSO IV (Lote: 19020068, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2021)	30049069	000	5102	CX	1	213,5500	213,55	213,55	25,63		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

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 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 31,33, federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 31,33
Pedido: 435451
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/07/19
ASS. *10ms*

14/08/19
211

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611754030783359600002034312179830000014130

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	81.402
NOSSO NUMERO	6117403078
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	16/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	14/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	141,30
VALOR COBRADO	141,30

=====

NR.AUTENTICACAO 6.597.669.2E1.456.B28

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. JOSE 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 1018040
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0704 0278 9400 0326 5500 1001 0180 4010 0085 2232

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152192319898220 02/07/2019 21:37:46

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
02/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
02/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
21:36

FATURA / DUPLICATA

001 16/08/2019 141,30

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
125,03	11,51	0,00	0,00	141,30
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				141,30

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	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			4,00	4,00

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
943	APRESOLINA 25MG C/20DRG - NOVARTIS (Lote: 1901589, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2020)	30049069	020	6108	CX	1	5,8000	5,80	4,83	0,58		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	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	12	7,6500	91,80	76,50	9,18		12,00	

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

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 1,3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 2 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 2 e 3 ISENTO DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1 a 3 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 1 a 3
ITENS 1 a 3
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 11,98
Valor da partilha para UF do Remetente: R\$ 0,00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 23,03, federal, R\$ 11,52, Estadual, R\$ 11,51
Pedido: 1082829
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.: ISENTO -
Endereço.: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/07/19
ASS. Joms

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339967614658000000500022201016479820000950000

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 81.403

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 9.500,00

VALOR COBRADO 9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO A.3A2.352.9B7.B81.C55

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 RIBEIRÃO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 865					
Data e Hora da Emissão		01/08/2019 12:43:34		Competência		1/8/2019		Código de Verificação		954526462	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		RIBEIRAO 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		RIBEIRAO 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 - CONCERTO, 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, ribeirãopreto.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									

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100729137174179820000097978

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 81.404

NOSSO NUMERO 17115360000729137

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 979,78

VALOR COBRADO 979,78

=====

NR.AUTENTICACAO 5.C4B.CD7.4CB.857.5E3

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

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1183486

FL 1 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 0767 7291 7800 0491 5500 1001 1834 8611 0499 7972

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

135190507979525 16/07/2019 19:24:40

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

SCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

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

16/07/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

16/07/2019

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
1183486/1	15/08/2019	979,78						

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			
979,78	161,56		0,00		0,00		979,78			
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		979,78	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ	
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.			0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60	
ENDEREÇO			MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
R MARIA CERON VOLPE 2290			SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
2.00	VOLUME(S)		0.00008		3.965		3.965	

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
028642	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (POLAR FIX) L: 5865 -02-01 Q: 60,0000 F: 28/02/17 V: 28/02/2022	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: TTEX021 Q: 1.000,0000 V: 31/12/2023	65069900	200	5102	PC	1.000,00	0,0447	44,70	44,70	8,05	0,00	18,00	0,00
028789	EQUIPO MACRO-GOTAS P/ ALIMENTACAO ENTER. ESCALONADO (DESCARPACK) L: SEEKG001 Q: 40,0000 F: 01/10/16 V: 30/09/2021 L: SEEKG002 Q: 20,0000 V: 28/02/2022	90189099	200	5102	PC	60,00	0,8314	49,88	49,88	8,98	0,00	18,00	0,00
030360	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (DESCARTE) L: CL0 22 Q: 50,0000 V: 30/01/2024	63079010	000	5102	PC	50,00	0,9281	46,41	46,41	8,35	0,00	18,00	0,00
030368	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC903 Q: 4,0000 V: 31/01/2021	30049099	000	5102	SE	4,00	21,4658	85,86	85,86	15,45	0,00	18,00	0,00
021223	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AB-028/19 Q: 150,0000 V: 30/04/2021	30049099	500	5102	AP	150,00	1,6447	246,71	246,71	29,61	0,00	12,00	0,00
023741	NITROGLICERINA 50MG (CRISTALIA) L: 19020020 Q: 10,0000 V: 28/02/2021	30049099	000	5102	AP	10,00	24,6708	246,71	246,71	44,41	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 RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 17/07/2019 Pedido: 1436598 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1436598 *** 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 17/07/19
Ass. *Adms*

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



Rioclarenses

DANFE

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA

1



3519 0767 7291 7800 0491 5500 1001 1834 8611 0499 7972

135190507979525 16/07/2019 19:24:40

VENDA DENTRO ESTADO

395060142110

CNPJ

67.729.178/0004-91

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
023507	MORFINA 1MG/ML,SULFATO (CRISTALIA) L: 19020417 Q: 50,0000 V: 28/02/2021 *** Portaria 344/98 A1	30044990	000	5102	AP	50,00	4,3468	217,34	217,34	39,12	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													

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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339915456795000000910391801015479820000007000

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 81.405

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 1.270.256.8F9.233.92A

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: BAURU			Situação de Tributação: Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R\$) 0,00	I.R. (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	C.S.L.L. (R\$) 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				Valor Aprox. Tributos 0,00
Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 420,00	Alíquota (%) 3,58	Valor do ISS (R\$) 15,04	Valor Total da Nota (R\$) 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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611910239273359400002034312479820000025250

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 81.406

NOSSO NUMERO 6119023927

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 252,50

VALOR COBRADO 252,50

=====

NR.AUTENTICACAO 1.F6D.F63.D54.0F6.A6B

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 243837
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0704 0278 9400 0164 5500 1000 2438 3710 0058 9039

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS/VENDA.MERC.ADQ.TERC.SUJ.REG.SUBS TRIB CO

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190506522523 16/07/2019 13:29:53

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

16/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

16/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

13:29

FATURA / DUPLICATA

001 15/08/2019 252,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	240,00	VALOR DO ICMS	28,80	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	252,50
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	252,50

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
37508	APARELHO BARBEAR DESC.C/24 - BIC	82121020	460	5405	CX	1	12,5000	12,50					
37656	DOBUTAMINA 250MG 10/20ML GEN - HYPO-FARMA (Lote: 19050613, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2021)	30039099	000	5102	CX	2	120,0000	240,00	240,00	28,80		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 2 ALIQ.12% CF LEI GENEICOSSP 16005/2015
ITEM 1 ISENTO DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79
ITEM 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 MERCADORIA RECOLHIDA POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTARIA CONFORME ARTIGO 274
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 29,96, Federal, R\$ 1,16, Estadual, R\$ 28,80
Pedido: 439846
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17/07/19
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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611910233483359300002034312179820000027185

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 81.407

NOSSO NUMERO 6119023348

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 271,85

VALOR COBRADO 271,85

=====

NR.AUTENTICACAO 1.16B.136.D09.2A6.54D

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-SAIDA

1

Nº 1021389
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0704 0278 9400 0326 5500 1001 0213 8910 0076 1120

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152192355004680 16/07/2019 14:30:48

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

16/07/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

16/07/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

14:15

FATURA / DUPLICATA

001 15/08/2019 271,85

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

226,53

VALOR DO ICMS

27,18

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

0,00

0,00

271,85

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

271,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

GO

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO

AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO

CATALAO

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

2

ESPECIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

12,00

PESO LÍQUIDO

12,00

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
25484	SOL.MANITOL 20% 250ML FSF C/40-SANOBIOL (Lote: 19055017, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2-021)	30049099	020	6108	CX	1	158,3000	158,30	131,91	15,83		12,00	
30299	GLILOCORT 100MG C/50 - NOVAFARMA (Lote: 78ND1047, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2021)	30043210	020	6108	CX	1	113,5500	113,55	94,62	11,35		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 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITEM 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 1 ALIQUOTA 12% CONF. INCISO XVII DO ART.54RICMS/SP

ITEM 2

ITEM 2

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 6,81

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 27,18, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 27,18

Pedido: 1086866

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Redespacho...: O EMITENTE - CUF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17/07/19
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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.
=====

23793398039920600002017002935702179830000041712

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 81.408

DATA DE VENCIMENTO 16/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 417,12

VALOR COBRADO 417,12
=====

NR.AUTENTICACAO 0.717.97C.B06.DEC.BE1

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
1-SAIDA 1

Nº 333256
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3332 5610 0064 9237

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131193355776585 17/07/2019 08:40:38

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
17/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/08/2019 417,12

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
417,12	43,19	0,00	0,00	417,12
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				417,12

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
3

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
16,03

PESO LÍQUIDO
16,03

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
12799	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-NEVE LT 241 (3)/11/23 (Fornecedor: 4, Lote: 241, Qtde: 3 ,Data Fab: 21/03/2019, Data Val: 01/11/2023)	30059090	000	6108	PCT	3	8,7300	26,19	26,19	3,14		12,00	
3364	ALGODAO HIDROF.500G ROLO-NEVOA LT 11901E (2)/10/23 (Fornecedor: 4, Lote: 11901E, Qtde: 2 ,Data Fab: 17/04/2019, Data Val: 30/10/2023)	30059090	000	6108	RL	2	8,2600	16,52	16,52	1,98		12,00	
13140	AG.DESC.40 X 1,2 C/100-DESCARPACK LT SA- GAAA066E (6)/04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SAGAAA066E, Qtde: 6 ,Data Fab: 16/07/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183219	200	6108	CX	6	5,2583	31,55	31,55	1,26		4,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1782M4 (2)/05/- 24 (Fornecedor: 4, Lote: 1782M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 04/06/2019, Data Val: 30/05/20- 24)	90183219	400	6108	CX	2	4,8350	9,67	9,67	1,16		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 1869M4 (2)/05/ 24 (Fornecedor: 4, Lote: 1869M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 14/06/2019, Data Val: 30/05/20- 24)	90183219	200	6108	CX	2	4,8350	9,67	9,67	0,39		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS ** CONVENIO 0107/2017.# R 15 B 1..
ITENS 3,5 a 6,8 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado
Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 31,88
Pedido: 305308/
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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/07/19
10ms
ASS.

Mercadorias avariadas e/ou faltas
só serão repostas de forem relacionadas
em nota 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
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 333256
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3332 5610 0064 9237

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193355776585 17/07/2019 08:40:38

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
11612	SERINGA DESC.03ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA313A (1)12/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA313A, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/05/2019, Data Val: 30/12/2023)	90183119	200	6108	CX	1	10,7200	10,72	10,72	0,43		4,00	
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SR11- 919MM (2)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SR11- 919MM, Qtde: 2 ,Data Fab: 03/06/2019, Data Val: 30/04/2024)	40151900	000	6108	CX	2	139,5000	279,00	279,00	33,48		12,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMFOR LT 1012019 (2)01/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1012019, Qtde: 2 ,Data Fab: 11/04/2019, Data Val: 01/01/2022)	90189010	200	6108	PCT	2	16,9000	33,80	33,80	1,35		4,00	

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 Maracópolis
Tipo Despesa. Custeio

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793398039920600002016002935704179830000084064

BENEFICIARIO:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE F

NOME FANTASIA:

SUPERMED

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 81.409

DATA DE VENCIMENTO 16/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 840,64

VALOR COBRADO 840,64

=====

NR.AUTENTICACAO 2.835.D8F.FB1.BC9.AD9

Supermed**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-SAÍDA

1

Nº 333252
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3332 5210 0007 8850

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193355776335 17/07/2019 08:40:26

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

17/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA DE ENTRADA/SAÍDA
17 JUL 2019MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

001 16/08/2019 840,64

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	840,64	VALOR DO ICMS	100,88	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	840,64
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	840,64

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
5250929840006

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

20,99

PESO LÍQUIDO

20,99

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
22014	CARVEDILOL 12,5MG 30CP GEN-EMS LT Z1734 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: Z1734, Qtde: 1, Data Fab: 05/07/2019, Data Val: 28/02/2021)	30031019	000	6108	CX	1	3.1000	3,10	3,10	0,37		12,00	
11689	DIPIRONA 500MG/ML GTS 10ML GEN-FARMACE LT DS19D146 (6)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: DS19D146, Qtde: 6, Data Fab: 15/05/2019, Data Val: 30/04/2021)	30039099	000	6108	FR	6	0.7100	4,26	4,26	0,51		12,00	
12096	CLORANITIDINA 50MG 100AMP 2ML GEN-FARMA- CE LT RA19D031 (3)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: RA19D031, Qtde: 3, Data Fab: 31/05/- 2019, Data Val: 24/04/2021)	30039099	000	6108	CX	3	76,6267	229,88	229,88	27,59		12,00	
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA- FARMA LT 78ND1276 (1)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: 78ND1276, Qtde: 1, Data Fab: 04/07/- 2019, Data Val: 30/04/2021)	30041019	000	6108	CX	1	487,5000	487,50	487,50	58,50		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1911270 (1)04/22 (Forneco- dor: 4, Lote: 1911270, Qtde: 1, Data Fab: 07/05/2019, Data Val: 30/04/2022)	38089429	000	6108	CX	1	43,3000	43,30	43,30	5,20		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 10...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 50,45

Pedido: 305283

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

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: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/07/19
ASS. hmsMercadorias 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**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-SAÍDA

1

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3332 5210 0007 8850

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:02
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23793398039920500007088002935703979820000042243

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 81.410

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 422,43

VALOR COBRADO 422,43

=====

NR.AUTENTICACAO 2.5B3.EC1.2AC.5BC.C34

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

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 19122
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0191 2210 0031 3345

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq. de Terc./Venda de Merc. Adq. de Terc. ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190507650078 16/07/2019 17:24:30

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

16/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

16 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 15/08/2019 422,43

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
344,87	62,08	0,00	0,00	422,43
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
				422,43

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO 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
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXA			11,38	11,38

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
25893	CATETER P/OXIG.TIPO OCULOS C/100-MEDSONDA REF.10201201 (Fornecedor: 9657, Lote: 509- 61, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/05/2019, Data Val: 18/05/2023)	90183929	000	5102	CX	1	57,7700	57,77	57,77	10,40		18,00	
9650	SONDA URETRAL N.14 C/10-MEDSONDA LT 50422 (1) 04/2023 (Fornecedor: 9657, Lote: 5042- 2, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2023)	90183929	000	5102	PCT	1	4,3400	4,34	4,34	0,78		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 05219S06AAAA (10) 12/2020 (Fornecedor: 20- 80, Lote: 05219S06AAAA, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/12/2020)	90181100	200	5102	PCT	10	11,1100	111,10	111,10	20,00		18,00	
24472	PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25- OML-FBM LT C18A104 (2) 07/2020 \ LT C19A0- 05 (4) 01/2021 (Fornecedor: 7654, Lote: C18A104, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2018, Data Val: 30/07/2020 / Fornecedor: 7654, Lote: C19A005, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/01/2- 019, Data Val: 30/01/2021)	33069000	000	5102	FR	6	3,7833	22,70	22,70	4,09		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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 4. Rota R1 possui 2
volume(s), rota R2 possui 2 volume(s)#R1V1R1V1R2V2..
ITEM 7 Imposto Recolhido por Substituição Tributária
ITEM 7 ICMS-ST retido por operação anterior base: 73,64 valor: 7,01
Pedido: 19313

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.

Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 7

Rota....: 3 Cubagem: 0,10

RESERVADO AO FISCO

MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/07/2019
ASS. *Rms*

Supermed

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

Avenida Tower Automotiva - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - Arujá, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 19122
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0191 2210 0031 3345

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Merc. Adq. de Terc./Venda de Merc. Adq. de Terc. ST

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190507650078 16/07/2019 17:24:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL

188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 52 (1) 05/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 52, Qtde: 1, Data Fab: 28/05/2019, Data Val: 28/05/2024)	44219900	000	5102	PCT	1	2,2800	2,28	2,28	0,41		18,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20- 0-TKL LT 22C165D8 (2) 03/2024 (Fornecedor: 992, Lote: 22C165D8, Qtde: 2, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/03/2024)	90183999	200	5102	CX	2	37,7700	75,54	75,54	13,60		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE- RIATRIC (Fornecedor: 7983, Lote: 12013, Qtde: 1, Data Fab: 11/06/2019, Data Val: 11/06/2022)	96190000	060	5405	FD	1	77,5600	77,56					
14684	LUVA P/ TOQ. INDIV. TRANSP.C/100-LUPLAST LT 2005 (2) 06/2022 (Fornecedor: 8072, Lote: 2005, Qtde: 2, Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 30/06/2022)	39262000	000	5102	PCT	2	6,1450	12,29	12,29	2,21		18,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REP.10102141 LT 45176 (10) 04/2022 (Forne- cedor: 4, Lote: 45176, Qtde: 10, Data Fab: 01/04/2018, Data Val: 01/04/2022)	90183929	000	5102	PCT	10	5,8850	58,85	58,85	10,59		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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080511685271512711770003179860000311352

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	81.901
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	19/08/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	19/08/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	3.113,52
--------------------	----------

VALOR COBRADO	3.113,52
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	3.2C7.660.2DF.850.1B2
-----------------	-----------------------

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 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 50.260 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/2		CONTROLE FISCO 	
		CHAVE DE ACESSO 3519.0714.3355.4400.0119.5500.0000.0502.6010.1084.9332		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 135190481686436 - 05/07/2019 14:35:01			

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 05/07/2019
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 16370-000
MUNICÍPIO Lins	FONE / FAX (014)3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
		HORA DA SAÍDA 14:31:53	

FATURA/DUPLICATAS					
50260/1 - 19/08/19 - 3113,52					
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.113,52		VALOR DO ICMS 373,63		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.113,52	
DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00	
				VALOR TOTAL DA NOTA 3.113,52	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0
ENDEREÇO	CÓDIGO ANNT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF
QUANTIDADE 43	ESPECIE CAIXAS
MARCA	NUMERAÇÃO PESO BRUTO 465,0000
	PESO LÍQUIDO 465,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	
231 30049099	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML CX 200AMP EQUIPLEX Lote: 1930998 - 02/06/2021 Qtde: 15.00 Número da FCI: 2A163D4F-353E-49F5-8ED8-FD9E5A96B677	500 5102	CX	15,0000	29,6000	0,0000 0,0000%	444,00	444,00	53,28 0,00	0,00	12,00	0,00	
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR290H9 - 07/12/2020 Qtde: 6.00 Número da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFD9C9452D2A	500 5102	CX	6,0000	141,1200	0,0000 0,0000%	846,72	846,72	101,61 0,00	0,00	12,00	0,00	
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR289P1 - 26/05/2021 Qtde: 5.00 Número da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	5,0000	104,0000	0,0000 0,0000%	520,00	520,00	62,40 0,00	0,00	12,00	0,00	
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR287R0 - 22/04/2021 Qtde: 4.00 Número da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	4,0000	70,5000	0,0000 0,0000%	282,00	282,00	33,84 0,00	0,00	12,00	0,00	
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR288X9 - 16/05/2021 Qtde: 7.00 Número da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	7,0000	55,6800	0,0000 0,0000%	389,76	389,76	46,77 0,00	0,00	12,00	0,00	
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR288S1 - 12/11/2020 Qtde: 2.00 Número da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	2,0000	157,0800	0,0000 0,0000%	314,16	314,16	37,70 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" /	RESERVADO AO FISCO

BOLETO ANEXO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/07/19
ASS. [assinatura]

OUROWEB@ - WWW.OUROWEB.COM.BR

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FI EMISSÃO: 05/07/2019		DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT Total NF: 3.113,52 Número Pedido: 1084839	NF-e SÉRIE: 0 FOLHA: 2/2

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000078174286201046179870000185921

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 81.902

DATA DE VENCIMENTO 20/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 19/08/2019

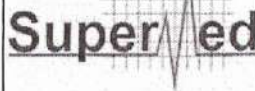
VALOR DO DOCUMENTO 1.859,21

VALOR COBRADO 1.859,21

=====

NR.AUTENTICACAO E.333.1F4.F1F.5A5.9A0

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 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
1-SAIDA

Nº 330352
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3303 5210 0057 1729

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193348251513 09/07/2019 22:26:15

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
09/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
10 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 20/08/2019 1.859,21

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
1.859,21	223,10	0,00	0,00	1.859,21
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
				1.859,21

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

ENDEREÇO
AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

10

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

51,32

PESO LÍQUIDO

51,32

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
27328	DOMPERIDONA 10MG 60CP GEN-E MS LT 1D2900 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1D2900, Qtde: 1, Data Fab: 09/07/2019, Data Val: 30/05/2021)	30049099	500	6108	CX	1	4,6000	4,60	4,60	0,55		12,00	
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT V5663 (1)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: V5663, Qtde: 1, Data Fab: 05/03/2019, Data Val: 30/11/2020)	30043220	000	6108	CX	1	4,5700	4,57	4,57	0,55		12,00	
26810	RANITIDINA 150MG 20CP GEN-EMS LT W6687 (1) 12/20 (Fornecedor: 4, Lote: W6687, Qtde: 1, Data Fab: 10/04/2019, Data Val: 30/12/20- 20)	30049059	500	6108	CX	1	2,6000	2,60	2,60	0,31		12,00	
5427	REPOFLOR 100MG 12CAPS-LEGRAND LT Z7859 (5) 04/21 (Fornecedor: 4, Lote: Z7859, Qtde: 5, Data Fab: 28/05/2019, Data Val: 30/04/20- 21)	30049099	000	6108	CX	5	5,2260	26,13	26,13	3,14		12,00	
13493	BROMOPRIDA 10MG 100AMP 2ML GEN-HIPOLABOR LT AT00119 (1)12/20 (Fornecedor: 4, Lote: AT00119, Qtde: 1, Data Fab: 06/06/2019, Data Val: 30/12/2020)	30042069	000	6108	CX	1	114,0000	114,00	114,00	13,68		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 7...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 111,55

Pedido: 302873

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

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: 0,11

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/07/19
ASS. 10ms

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UGE 090196 - Hospital Estadual

"Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis

Pro Despesa. Custeio

PERECÍVEL
URGENTE

Mercadorias avariadas e/ou faltas
só serão repostas de forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.

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

1

Nº 330352
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3303 5210 0057 1729

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193348251513 09/07/2019 22:26:15

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

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
8924	CETOPROFENO 100MG IV 50FAM GEN-CRISTALIA LT 19020111 (1)02/22 (Fornecedor: 4, Lote: 19020111, Qtde: 1, Data Fab: 14/05/2019, Data Val: 28/02/2022)	30049039	000	6108	CX	1	130,4800	130,48	130,48	15,66		12,00	
12191	METILPREDNISOLONA 125MG 25FAM-DILGEN-NOVA-FARMA LT 78ML3467 (1)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: 78ML3467, Qtde: 1, Data Fab: 30/05/2019, Data Val: 30/10/2020)	30043210	000	6108	CX	1	166,7000	166,70	166,70	20,00		12,00	
23906	METROFARMA 10MG 100AMP 2ML-FARMACE LT MT1-9A002 (1)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: MT1-9A002, Qtde: 1, Data Fab: 09/05/2019, Data Val: 30/01/2021)	30049041	000	6108	CX	1	33,6900	33,69	33,69	4,04		12,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB03319 (1)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: AB03319, Qtde: 1, Data Fab: 10/06/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	1	84,0000	84,00	84,00	10,08		12,00	
12096	CLOR.RANITIDINA 50MG 100AMP 2ML GEN-FARMACE LT RA19D031 (1)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: RA19D031, Qtde: 1, Data Fab: 31/05/2019, Data Val: 24/04/2021)	30039099	000	6108	CX	1	73,7000	73,70	73,70	8,84		12,00	
11123	METRONIDAZOL 0,5% 50FR 100ML GEN PL-JP LT 824019 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: 824019, Qtde: 1, Data Fab: 29/04/2019, Data Val: 30/03/2021)	30039076	000	6108	CX	1	102,5000	102,50	102,50	12,30		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19C3-27 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19C327, Qtde: 10, Data Fab: 13/06/2019, Data Val: 28/02/2021)	30042099	000	6108	TB	10	6,0000	60,00	60,00	7,20		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1912070 (1)04/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1912070, Qtde: 1, Data Fab: 09/05/2019, Data Val: 30/04/2022)	38089429	000	6108	CX	1	43,0000	43,00	43,00	5,16		12,00	
6830	AGUA P/ INJECAO 200AMP 10ML PL-ISOFARMA LT 9030102 (2)03/22 9030104 (2)03/22 (Fornecedor: 4, Lote: 9030102, Qtde: 2, Data Fab: 04/06/2019, Data Val: 07/03/2022 / Fornecedor: 4, Lote: 9030104, Qtde: 2, Data Fab: 31/05/2019, Data Val: 07/03/2022)	30049099	000	6108	CX	4	28,0000	112,00	112,00	13,44		12,00	
22903	AGUA P/INJECAO 500ML 24BSA-BECKER LT B0140-MAR19 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: B0140-MAR19, Qtde: 1, Data Fab: 02/07/2019, Data Val: 31/03/2021)	30049099	000	6108	CX	1	66,0000	66,00	66,00	7,92		12,00	
12772	FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR A1 LT AS17518 (1)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: AS17518, Qtde: 1, Data Fab: 17/01/2019, Data Val: 30/10/2020)	30045090	000	6108	CX	1	149,3100	149,31	149,31	17,92		12,00	
13324	MIDAZOLAM 50MG 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR B1 LT AP03719 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: AP03719, Qtde: 1, Data Fab: 09/07/2019, Data Val: 31/03/2021)	30049099	000	6108	CX	1	286,5000	286,50	286,50	34,38		12,00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF17008532 (2)02/20 (Fornecedor: 4, Lote: BF17008532, Qtde: 2, Data Fab: 27/08/2018, Data Val: 01/02/2020)	30043100	000	6108	FR	2	18,4550	36,91	36,91	4,43		12,00	
26823	CEFTRIAXONA 1G IV 50FAM GEN-TEUTO LT 9632-0006 (1)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: 9632-0006, Qtde: 1, Data Fab: 11/01/2019, Data Val: 30/11/2020)	30049099	500	6108	CX	1	362,5200	362,52	362,52	43,50		12,00	

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

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	85690000009 12050064923
	21453494610 00105619212
DATA DO PAGAMENTO	19/08/2019
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	912,05

DOCUMENTO: 081903
AUTENTICACAO SISBB: B.937.773.582.EDB.D7A

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

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2019
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200 DARF IRRF 07 2019 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/08/2019 Domicílio tributário do contribuinte: SAO CARLOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL 912,05 08 VALOR DA MULTA 0,00 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 0,00 10 VALOR TOTAL 912,05	

85690000009-7 12050064923-7 21453494610-5 00105619212-1

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2019
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200 DARF IRRF 07 2019 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/08/2019 Domicílio tributário do contribuinte: SAO CARLOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL 912,05 08 VALOR DA MULTA 0,00 09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 0,00 10 VALOR TOTAL 912,05	

85690000009-7 12050064923-7 21453494610-5 00105619212-1

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 Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo Despesa. Custeio

19/08/2019
 211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
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	07/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	19/08/2019
VALOR DO INSS	6.089,08
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.089,08

=====

DOCUMENTO: 081904

AUTENTICACAO SISBB: D.D5B.2EB.EB2.1E9.9FC

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
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	07/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	19/08/2019
VALOR DO INSS	6.089,08
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	6.089,08

=====

DOCUMENTO: 081904

AUTENTICACAO SISBB: D.D5B.2EB.EB2.1E9.9FC

***** 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

M. n. r.

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	07/2019
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	6.089,08
		7 -	
		8 -	
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	
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.		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	6.089,08
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	07/2019
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	6.089,08
		7 -	
		8 -	
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	
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.		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	6.089,08
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

19/08/2019
 211

20/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 16:24:23
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	20/08/2019
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	B.331.469.79F.C6D.472
-----------------	-----------------------

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
1798

Data de Emissão
16/08/2019

Data e Hora da
Competência
16/08/2019 às 08:42:30

Código de Verificação
4032-4447-2071



Situação Optante do Simples Nacional
Telefones (14) 3532-3506
E-Mail's

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 419065626119
Logradouro RUA-ALVARES DE AZEVEDO Número 60
Bairro JARDIM PINHEIRO CEP 16400-580
Município LINS UF SP

Autenticação



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: 20/08/2019

BANCO DO BRASIL
AG. 0058-2
C/C. 59599-3

REFERENTE A UTI MIRANDOPOLIS

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

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

Aliquota (%)	Base de Cálculo (R\$)	Vlr. Total das Deduções (R\$)	Vlr. Total Retido (R\$)	Vlr. do ISS (R\$)
4,2900	934,00	0,00	0,00	40,07

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'

Recebi(emos) do Prestador: **TECSEG EQUIP. CONTRA INC. E MAT. SEG. LTDA - ME** CNPJ: 12.119.494/0001-07

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 1798 emitida em 16/08/2019 às 08:42:30 - Cód Verif 4032-4447-2071
Condições de Pagamento: Vencimento: 16/08/2019 Valor Total R\$ 934,00 Valor Líquido R\$ 934,00

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

20/08/2019
21

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

=====

74891116202839033021602213581057779870000010990

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	82.001
DATA DE VENCIMENTO	20/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	20/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	109,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	99,90

=====

NR.AUTENTICACAO 1.EAD.7CF.D14.535.B45

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 80

Nº 000000016

Emissão: 01/08/2019

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

2e9e.7b70.796f.9487.23c7.4e5c.02de.d42f

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
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
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

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 83440064923
	21453494610 00117089212
DATA DO PAGAMENTO	20/08/2019
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	1.683,44

DOCUMENTO: 082002
AUTENTICACAO SISBB: 2.233.F20.AE1.320.046

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

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	1.683,44
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/08/2019 Domicílio tributário informado: SAO CARLOS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.683,44
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.7079 20/08/2019 11:30:01	

85630000016-8 83440064923-4 21453494610-5 00117089212-7



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	1.683,44
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/08/2019 Domicílio tributário informado: SAO CARLOS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.683,44
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.7079 20/08/2019 11:30:01	

85630000016-8 83440064923-4 21453494610-5 00117089212-7



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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0009

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	85690000052 18680064923
	21453494610 00159529212
DATA DO PAGAMENTO	20/08/2019
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	5.218,68

DOCUMENTO: 082003
AUTENTICACAO SISBB: 6.71A.B0D.F19.EF0.27C

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

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

RCC - Mima

1ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	5.218,68
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/08/2019 Domicílio tributário informado: SAO CARLOS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	5.218,68
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.7079 20/08/2019 11:31:40	

85690000052-7 18680064923-5 21453494610-5 00159529212-7



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	5.218,68
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/08/2019 Domicílio tributário informado: SAO CARLOS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	5.218,68
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.7079 20/08/2019 11:31:40	

85690000052-7 18680064923-5 21453494610-5 00159529212-7



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.

20/08/2019
 201

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190611832009723359500002034312679890000062285

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 82.201

NOSSO NUMERO 6118200972

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 622,85

VALOR COBRADO 622,85

=====

NR.AUTENTICACAO 2.449.FC1.DD5.0D5.8BF

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. JOSE SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1019605
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0704 0278 9400 0326 5500 1001 0196 0510 0012 8745

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152192335295488 08/07/2019 19:56:50

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

08/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

08/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

19:55

FATURA / DUPLICATA

001 22/08/2019 622,85

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

519,02

VALOR DO ICMS

62,28

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

622,85

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

622,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

VEICULO PROPRIO

ENDEREÇO

AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO

CATALÃO

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

10,80

PESO LÍQUIDO

10,80

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
35941	DERMAEX OLEO 200ML - NUTRIEX (Lote: 19050-92, Qtde: 24, Dt Val: 31/05/2021)	15121919	020	6108	FR	24	3,5000	84,00	70,00	8,40		12,00	
29839	CEFAZOLINA 1G C/50 GEN - ABL (Lote: 10038-8S, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2021)	30042059	020	6108	CX	1	538,8500	538,85	449,02	53,88		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 Brandão" de Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

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 - Convênio 0107/2017

ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CÁLCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III

ITEM 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS, CF. ART. 2 DA LEI 10.147/00

ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ. CF CONV. 93 - EMENDA 87/15

ITEM 2 ALIQ. 12% CF LEI GENCOSPP 16005/2015

ITEM 1

ITEM 1

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 5,04

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 62,28, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 62,28

Pedido: 1084615

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 10/07/19
ASS. Joms

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611832009693359100002034312179890000017140

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 82.202

NOSSO NUMERO 6118200969

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 171,40

VALOR COBRADO 171,40

=====

NR.AUTENTICACAO 8.F69.E19.843.283.581

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. JOSE 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 1019601
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0704 0278 9400 0326 5500 1001 0196 0110 0106 6329

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152192335292913 08/07/2019 19:56:22

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

08/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
08/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
19:49

FATURA / DUPLICATA

001 22/08/2019 171,40

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
142,83	17,14	0,00	0,00	171,40
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
				171,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO AV. JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO			UF GO	04027894000326
QUANTIDADE 1	ESPECIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
					PESO LÍQUIDO
				1,75	1,75

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
24968	VANCOMICINA 500MG 50/10MLF/A GEN-TEUTO (Lote: 1935380, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/20-21)	30042071	020	6108	CX	1	171,4000	171,40	142,83	17,14		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

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 1 RED.BASE DE CÁLCULO 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 ALIQ. 12% CF LEI GENEICOSP 16005/2015
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 17,14, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 17,14
Pedido: 1084822
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.: ISENTA -
Endereço.: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 10/07/19
ASS. *Roms*

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611832006033359600002034312979890000034500

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 82.203

NOSSO NUMERO 6118200603

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 345,00

VALOR COBRADO 345,00

=====

NR.AUTENTICACAO E.45F.AF8.7BB.4DF.405

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 241799
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0704 0278 9400 0164 5500 1000 2417 9910 0048 4251

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 MERC. ADQ. REC. TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190487110210 08/07/2019 19:00:24

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
08/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
08/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
19:00

FATURA / DUPLICATA

001 22/08/2019 345,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	345,00	VALOR DO ICMS	41,40	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	345,00
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	345,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA D - 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 1,00	PESO LÍQUIDO 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
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365060BD 365060 (Lote: 834-5548, Qtde: 100, Dt Val: 30/11/2020)	90183119	200	5102	CX	100	3,4500	345,00	345,00	41,40		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

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 1 Aliq. 12% conf. art. 54 inciso XV da alínea "D" do RICMS/SP
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 41,40, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 41,40
Pedido: 437663
Representante: REGIAO SURP - (VITOR)

RESERVADO AO RISCO

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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100731142170179890000078596

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 82.204

NOSSO NUMERO 17115360000731142

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 785,96

VALOR COBRADO 785,96

=====

NR. AUTENTICACAO D.F9F.C15.0C2.B3C.9DE

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 PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP CEP 13916-074 - 193522800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº. 1186741 FL 1 / 2 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3519 0767 7291 7800 0491 5500 1001 1867 4114 8110 9192 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 135190527202076 23/07/2019 20:36:39	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO CNPJ 67.729.178/0004-91	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 23/07/2019	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		DATA DA ENTRADA/SAÍDA 23/07/2019	
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		CEP 16400-400		HORA DE SAÍDA	
MUNICÍPIO LINS		FONE / FAX 1836591243		UF SP	

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1186741/1	22/08/2019	785,96						

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 785,96		VALOR DO ICMS 130,83		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 785,96	
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR DO DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS 0,00		VALOR DO IPI 0,00	
								VALOR TOTAL DA NOTA 785,96	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ	
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.										15.066.184/0001-60	
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2290		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO						UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114	
QUANTIDADE 4,00		ESPÉCIE VOLUME(S)		MARCA		NÚMERO 0,06729		PESO BRUTO 21,779		PESO LÍQUIDO 21,779	

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
029939	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1,8MT (ORTOBOM) L: 236 Q: 12,0000 V: 30/06/2023 L: 242 Q: 24,0000 V: 01/12/2023	30059090	000	5102	PC	36,00	0,5991	21,57	21,57	3,88	0,00	18,00	0,00
015423	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE) L: 190300028 9 Q: 120,0000 V: 30/03/2024	30059090	000	5102	RO	120,00	0,7049	84,59	84,59	15,23	0,00	18,00	0,00
026230	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN) L: E0292 Q: 200,0000 V: 31/03/2023	90183999	200	5102	PC	200,00	0,1861	37,22	37,22	6,70	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290302 Q: 300,0000 V: 21/01/2021	38220090	700	5102	TI	300,00	0,5422	162,66	162,66	29,28	0,00	18,00	0,00
028789	EQUIPO MACRO-GOTAS P/ ALIMENTACAO ENTER. ESCALONADO (DESCARPACK) L: SEEAAA0009 Q: 40,0000 V: 30/09/2023	90189099	200	5102	PC	40,00	0,8314	33,26	33,26	5,99	0,00	18,00	0,00
030360	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (DESCARTEE) L: CL 022 Q: 50,0000 V: 30/01/2024	63079010	000	5102	PC	50,00	0,9281	46,41	46,41	8,35	0,00	18,00	0,00
017487	SACCHAROMYCES BOULARDII-17LIOFILIZADO 10 (CIFAR MA) L: 1LF05 Q: 96,0000 V: 28/02/2021	30049099	000	5102	CA	96,00	0,4151	39,85	39,85	7,17	0,00	18,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
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: 24/07/2019 Pedido: 1441165 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1441165 *** 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 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		 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

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1186741 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0767 7291 7800 0491 5500 1001 1867 4114 8110 9192

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190527202076 23/07/2019 20:36:39

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

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	IPI
025600	ACETILCISTEINA 300MG (UNIAO QUIMICA) (ITEM GENERICO) L: 1913418 Q: 20,0000 V: 31/03/2021	30049059	500	5102	AP	20,00	1,351	27,02	27,02	3,24	0,00	12,00	0,00
030368	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC903 Q: 4,0000 V: 31/01/2021	30049099	000	5102	SE	4,00	21,4658	85,86	85,86	15,46	0,00	18,00	0,00
025855	RANITIDINA 25MG/ML, CLORIDRATO (FARMACE) (ITEM G ENERICO) L: RA19F050 Q: 100,0000 V: 30/06/2021	30039099	000	5102	AP	100,00	0,4112	41,12	41,12	4,93	0,00	12,00	0,00
019015	ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICO (UNIAO QUIMICA) L: 1924316 Q: 5,0000 V: 30/06/2022	30049099	000	5102	TB	5,00	6,8138	34,07	34,07	6,13	0,00	18,00	0,00
012754	AGUA PARA INJECAO 500ML S.FECHADO (SANOBOL) L: 1 9065036 Q: 20,0000 V: 30/06/2021	30049069	000	5102	FR	20,00	2,4836	49,67	49,67	8,94	0,00	18,00	0,00
030442	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML S.FECHADO BOLSA (EUR OFARMA) L: 622883 Q: 15,0000 V: 30/06/2021	30049099	000	5102	BO	15,00	3,7594	56,39	56,39	6,77	0,00	12,00	0,00
028786	HALOPERIDOL 5MG/ML (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 19040581 Q: 50,0000 V: 30/04/2021 *** Portaria 344/98 C1	30049069	000	5102	AP	50,00	1,0573	52,87	52,87	6,35	0,00	12,00	0,00
029920	MONITOR (ACON/SOCINTER) L: 3366776 Q: 1,0000 V: 30/09/2019	90278099	200	5102	PC	1,00	13,40	13,40	13,40	2,41	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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL
=====

00190611916720193347900001526110179900000256875

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

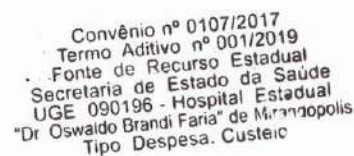
=====

NR. DOCUMENTO	82.205
NOSSO NUMERO	6119672019
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	23/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	22/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO 1.936.D3A.6C3.9F0.560

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



04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000078180909601041579890000362645

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 82.206

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 3.626,45

VALOR COBRADO 3.626,45

=====

NR.AUTENTICACAO F.816.ACB.684.449.1AA

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
1-SAIDA 1Nº 335992
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3359 9210 0085 1293

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193362270616 23/07/2019 15:51:15

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

23/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

23 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/08/2019 3.626,45

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
3.626,45	434,70	0,00	0,00	3.626,45
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				3.626,45

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE 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

8

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

30,44

PESO LÍQUIDO

30,44

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
22042	CARVEDILOL 3,125MG 30CP GEN-EMS LT 1C1529 (2)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1C1529, Qtde: 2, Data Fab: 11/06/2019, Data Val: 30/03/2021)	30049099	000	6108	CX	2	2,1200	4,24	4,24	0,51		12,00	
26857	CLOPIDOGREL 75MG 28CP GEN-DR REDDYS LT C8- 00445 (1)12/19 (Fornecedor: 4, Lote: C800- 445, Qtde: 1, Data Fab: 16/04/2019, Data Val: 30/12/2019)	30049079	200	6108	CX	1	5,9000	5,90	5,90	0,24		4,00	
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT R3696 (2)08/20 (Fornecedor: 4, Lote: R3696, Qtde: 2, Data Fab: 28/12/2018, Data Val: 30/08/2020)	30043220	000	6108	CX	2	4,4300	8,86	8,86	1,06		12,00	
20369	SIMETICONA GTS 15ML GEN-PRATI DONADUZZI LT 19F10F (6)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19F10F, Qtde: 6, Data Fab: 05/07/2019, Da- ta Val: 30/06/2021)	30049099	000	6108	FR	6	1,8000	10,80	10,80	1,30		12,00	
23143	IPRATROPIO 0,025% GEN 20ML C/200-HIPOLAB LT 28119 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 28119, Qtde: 1, Data Fab: 10/06/2019, Data Val: 28/02/2021)	30049099	000	6108	CX	1	130,1100	130,11	130,11	15,61		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 5...
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 218,05
Pedido: 308110
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
Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG
160413143412222000000007304445.
Setor de Cobrança: (11)4934-1569 / 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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 24/07/19
ASS. *Solara*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
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 335992
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3359 9210 0085 1293

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193362270616 23/07/2019 15:51:15

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
22590	PASMODEX 0,25MG 240AMP 1ML PL-ISOPARMA LT 8090027 (1)09/20 (Fornecedor: 4, Lote: 80- 90027, Qtde: 1, Data Fab: 21/12/2018, Data Val: 03/09/2020)	30044100	000	6108	CX	1	70,4900	70,49	70,49	8,46		12,00	
13493	BROMOPRIDA 10MG 100AMP 2ML GEN-HIPOLABOR LT AT03518 (1)08/20 (Fornecedor: 4, Lote: AT03518, Qtde: 1, Data Fab: 16/10/2018, Data Val: 30/08/2020)	30042069	000	6108	CX	1	114,0000	114,00	114,00	13,68		12,00	
11286	ESKAVIT 10MG/ML 50AMP 1ML IM/SC-HIPOLABOR LT AU00219 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: AU00219, Qtde: 1, Data Fab: 28/05/2019, Data Val: 30/03/2021)	30049099	000	6108	CX	1	51,0000	51,00	51,00	6,12		12,00	
14491	HEMOPOL 5.000UI 25AMP 0,25ML-CRISTALIA LT 19040429 (4)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19040429, Qtde: 4, Data Fab: 10/07/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	4	114,5000	458,00	458,00	54,96		12,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLA- BOR LT AB01419 (5)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: AB01419, Qtde: 6, Data Fab: 30/04/2- 019, Data Val: 28/02/2021)	30049099	000	6108	CX	6	79,8000	478,80	478,80	57,46		12,00	
11092	OMEPRAZOL 40MG 25FAM-DIL 10ML GEN-CRISTA- LIA LT 19020167 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19020167, Qtde: 1, Data Fab: 04/07/- 2019, Data Val: 28/02/2021)	30049069	000	6108	CX	1	136,5000	136,50	136,50	16,38		12,00	
5153	CLINDAMICINA 600MG 100AMP 4ML GEN-HIPOLA- BOR LT AA01119 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: AA01119, Qtde: 1, Data Fab: 08/07/2- 019, Data Val: 30/03/2021)	30042069	000	6108	CX	1	185,0000	185,00	185,00	22,20		12,00	
13363	TAZOBACTAM-PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA- PARMA LT 78ND1276 (2)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: 78ND1276, Qtde: 2, Data Fab: 04/07/- 2019, Data Val: 30/04/2021)	30041019	000	6108	CX	2	487,5000	975,00	975,00	117,00		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19C3- 26 (5)02/21 19C327 (1)02/2 1 (Fornecedor: 4, Lote: 19C326, Qtde: 5, Data Fab: 20/03/ 2019, Data Val: 28/02/2021 / Fornece- dor: 4, Lote: 19C327, Qtde: 1, Data Fab: 13/06/2019, Data Val: 28/02/2021)	30042099	000	6108	TB	6	6,0000	36,00	36,00	4,32		12,00	
8532	AGUA P/ INJEÇÃO 200AMP 10ML PL-SANTEC LT FYU2 (3)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: FYU2, Qtde: 3, Data Fab: 23/07/2019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	000	6108	CX	3	27,8000	83,40	83,40	10,01		12,00	
14076	SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 19F10631D (1)06/21 (Fornecedor: 4, Lo- te: 19F10631D, Qtde: 1, Data Fab: 22/07/2- 019, Data Val: 30/06/2021)	30039099	000	6108	CX	1	42,8700	42,87	42,87	5,14		12,00	
12772	FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLA- BOR A1 LT AS04119 (1)03/21 AS04419 (1)03 /21 (Fornecedor: 4, Lote: AS04119, Qtde: 1 , Data Fab: 18/07/2019, Data Val: 30/03/20- 21 / Fornecedor: 4, Lote: AS04419, Qtde: 1 , Data Fab: 29/05/2019, Data Val: 30/03/20- 21)	30045090	000	6108	CX	2	151,0000	302,00	302,00	36,24		12,00	
13324	MIDAZOLAM 50MG 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR B1 LT AP03719 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lo- te: AP03719, Qtde: 1, Data Fab: 09/07/201- 9, Data Val: 31/03/2021)	30049099	000	6108	CX	1	284,0800	284,08	284,08	34,09		12,00	
13143	PROMETAZINA (PROMETAZOL)50MG 10- 0AMP 2ML-SANVAL LT AW380 (1)10/20 (Forne- cedor: 4, Lote: AW380, Qtde: 1, Data Fab: 26/04/2019, Data Val: 30/10/2020)	30049075	000	6108	CX	1	176,2000	176,20	176,20	21,14		12,00	

Convênio nº 0407/2017
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

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

1

Nº 335992
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3359 9210 0085 1293

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193362270616 23/07/2019 15:51:15

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
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18005730 (2)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: BF18005730, Qtde: 2 ,Data Fab: 06/05/2019, Data Val: 30/11/20- 20)	30043100	000	6108	FR	2	18,5000	37,00	37,00	4,44		12,00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18005718 (2)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: BF18005718, Qtde: 2 ,Data Fab: 11/07/2019, Data Val: 30/10/2020)	30043100	000	6108	FR	2	18,1000	36,20	36,20	4,34		12,00	

AHBB - UTI MIRANDÓPOL
RECEBIDO 24/07/19
ASS. *Proctora*

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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000078180908801048479890000076914

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 82.207

DATA DE VENCIMENTO 22/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 22/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 769,14

VALOR COBRADO 769,14

=====

NR.AUTENTICACAO E.D68.F24.24B.OAC.310

Super edSUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDAAvenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1N° 20417
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0204 1710 0112 4260

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq. de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190525861369 23/07/2019 14:14:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
23/07/2019ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
23 JUL 2019MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

001 22/08/2019 769,14

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DCS PRODUTOS
643,79	115,88	0,00	0,00	769,14
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS				769,14

NOME/RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO
SAO PAULOUF
SPINSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

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
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT SEUUA0002 (2) 01/2024 (Fornecedor: 4, Lote: SEUUA0002, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/20- 24)	90189010	200	5102	PCT	2	21,0000	42,00	42,00	7,56		18,00	
10689	SONDA ENT.12PR 120CM C/EST.FC-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 1900020113 (5) 04/2022 \\ LT 1900021110 (5) 04/2022 (Fornecedor: 14- 96, Lote: 1900020113, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2017, Data Val: 30/04/2022 / Fornecedor: 1496, Lote: 1900021110, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/- 2022)	90183921	040	5102	PC	10	7,9000	79,00					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 05219S06AAAA (12) 12/2020 (Fornecedor: 20- 80, Lote: 05219S06AAAA, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/12/2020)	90181100	200	5102	PCT	12	11,1100	133,32	133,32	24,00		18,00	
24472	PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25- CML-FBM LT C19A008 (6) 03/2021 (Forneco- dor: 7654, Lote: C19A008, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 30/03/2021)	33069000	000	5102	FR	6	3,7267	22,36	22,36	4,02		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 4. Rota 0 possui 1
volume(s), rota 2 possui 2 volume(s), rota 1 possui 1 volume(s) #R0V1R1V1R2V2..
ITEM 9 Isento ICMS conf. Convenio 126 de 24/09/2010
ITEM 2 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate
30/09/2019.
Pedido: 20609

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: 0,12

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 24/07/19

ASS. *hadora*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. CusteioMERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

PROD. MED. E HOSPIT. LTDA

ELETRÔNICA

Super edAvenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-00000-ENTRADA 1
1-SAIDA 1N° 20417
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0204 1710 0112 4260

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq. de Terc.

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000078180910001041479890000176065

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	82.208
DATA DE VENCIMENTO	22/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	22/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	1.760,65
VALOR COBRADO	1.760,65

=====

NR. AUTENTICACAO	7.640.448.640.24E.FA6
------------------	-----------------------

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 Maragogipolis
Tipo Despesa: Custeio

Supered**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
1-SAIDANº 336026
SERIE 1
FOLHA 1/2CHAVE DE ACESSO
3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3360 2610 0042 5197Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuintePROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131193362297216 23/07/2019 16:04:24INSCRIÇÃO 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
23/07/2019ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/08/2019 1.760,65

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
1.695,25	141,08	0,00	0,00	1.760,65
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				1.760,65

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
5250929840006

QUANTIDADE

ESPECIE
11MARCA
CAIXA

NÚMERO

PESO BRUTO

72,13

PESO LÍQUIDO

72,13

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
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER LT CAM01102 (1)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: CAM01102, Qtde: 1, Data Fab: 02/05/2019, Data Val: 30/01/2021)	30051090	000	6108	PCT	1	10,6900	10,69	10,69	1,28		12,00	
13140	AG.DESC.40 X 1,2 C/100-DESCARPACK LT SA- GAAA066E (10)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SAGAAA066E, Qtde: 10, Data Fab: 16/07/201- 9, Data Val: 30/04/2024)	90183219	200	6108	CX	10	5,2500	52,50	52,50	2,10		4,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1952M4 (3)05/- 24 (Fornecedor: 4, Lote: 1952M4, Qtde: 3 ,Data Fab: 18/07/2019, Data Val: 30/05/20- 24)	90183219	400	6108	CX	3	4,8367	14,51	14,51	1,74		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 1875M4 (3)05/ 24 (Fornecedor: 4, Lote: 1875M4, Qtde: 3 ,Data Fab: 28/06/2019, Data Val: 30/05/20- 24)	90183219	200	6108	CX	3	4,8367	14,51	14,51	0,58		4,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G68 (1)02/24 (Fornecedor: 4, Lote: G68, Qtde: 1, Data Fab: 21/03/2019, Data Val: 28/02/- 2024)	90183111	200	6108	CX	1	54,1400	54,14	54,14	2,17		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 9...

ITENS 12 a 15 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate 30/09/2019.

ITENS 2,4 a 8,11,17 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 164,05

Pedido: 308099

End. Entrega: AV DR.RAUL DA CUNHA BUENO 585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horario : 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: 0,48

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**RECEBIDO 24/07/19****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

DANFE**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611676953283347700001526110679940000254400

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	82.601
NOSSO NUMERO	6116695328
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	27/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	26/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	2.544,00
VALOR COBRADO	2.544,00

=====

NR. AUTENTICACAO 6.164.B71.13A.C14.A0A

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 ELETRONICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

N. 00212751
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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

28/06/2019

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

28/07/2019

2.544,00

002

27/08/2019

2.544,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO 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

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

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

146964519117

QUANTIDADE

6

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

14,580

PESO LÍQUIDO

12,200

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 GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): MAR190253351300B - Val Idade: 31/03/2022	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,96000000	3.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EES05500	EQUIPO GIRASET EG 0623 7000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): MAT190553410600B - Val Idade: 31/05/2022	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 de recebimento do produto
Samtronic Ind. Com. Ltda

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

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

*** Pedido de Venda: 429442 *** Cotação Número: 2340 Valor Aproximado dos

Tributos: R\$ 1088 49 (21 39%). Fonte: IBFT.

Mirandópolis

RESERVADO AO FISCO

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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:03
679006790 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090308371800100000121178179930000168000

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 82.602

NOSSO NUMERO 30837180000000121

CONVENIO 03083718

DATA DE VENCIMENTO 26/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 26/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.680,00

VALOR COBRADO 1.680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.D59.E08.D2A.C48.56B

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.

DATA DE RECEBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 540
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: 540
Série: 1
FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO
CHAVE DE ACESSO
3519 0716 6104 5100 0180 5500 1000 0005 4010 3425 8315
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135190505763071 16/07/2019 10:22:44

CNPJ / CPF
16.610.451/0001-80

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL
206488140110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

DESTINATÁRIO / REMETENTE
NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
ENDEREÇO
Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03
MUNICÍPIO
Lins
BAIRRO / DISTRITO
Jardim Ariano
CEP
16400-400
UF
SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA SAÍDA / ENTRADA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS
R\$ 1.680,00

VALOR DO ICMS
R\$ 302,40

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.
R\$ 0,00

VALOR DO ICMS SUBST.
R\$ 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
R\$ 1.680,00

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\$ 1.680,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
FRETE POR CONTA
O-REMETENTE
CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO
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
6246	CLARITROMICINA 500MG LT: 85223TB22 VAL:12/2019	30049039	000	5102	LIN	40	31,0000	1.240,00	1.240,00	223,20	0,00
6230	HEPARINA 5000UI/0,25ML LT: 18120303 VAL:12/20	30049039	000	5102	LIN	100	4,4000	440,00	440,00	79,20	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 25/08
ENDEREÇO DE ENTREGA:
Av. Dr. Raul da Cunha Bueno, 585
MIRANDÓPOLIS
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVÊNIO 0107/2017

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17 / 07 / 2019
ASS. *Dms*

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800036320026679920000027260

BENEFICIARIO:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

NOME FANTASIA:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

CNPJ: 01.641.665/0001-47

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC. DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	82.603
DATA DE VENCIMENTO	25/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	26/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	272,60
VALOR COBRADO	272,60

NR.AUTENTICACAO 5.906.B35.035.F4D.3B9

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

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME

Rua DUQUE DE CAXIAS, 1100,
CENTRO - MIRANDÓPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5668 CEP: 16800-000

livrariaestudebem@hotmail.com

DAFTE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.004.416
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0701 6416 6500 0147 5500 1000 0044 1612 0067 5851

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190492902072 11/07/2019 08:22:11

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida

INSCRIÇÃO ESTADUAL

449014737115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

01.641.665/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/07/2019

ENDEREÇO

Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA

BAIRRO / DISTRITO

Jardim Ariano

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

11/07/2019

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

TELEFONE / FAX

(14)3532-5198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

08:16:59

DUPLICATAS

Número : 001
Vencimento : 11/08/2019
Valor R\$: 545,20

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	545,20
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
				545,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
15					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	COSVN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %
76	COLA BASTAO PRITT 40GR	35061090	0500	5405	UN	2,00	14,50	0,00	29,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8870	FITA ADESILVA ADELBRAS 48X40MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	2,00	3,65	0,00	7,30	0,00	0,00	0,00	0,00
12733	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT PRETO	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,10	0,00	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00
12729	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT AZUL	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,10	0,00	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00
12207	CLIPS XR C/100 UNIDADES 2/0	83059000	0500	5405	UN	1,00	1,95	0,00	1,95	0,00	0,00	0,00	0,00
30142	GRAMPO GALVANIZADO ACC 26/6 C/1000 UNIDADES	83052000	0500	5405	UN	1,00	2,50	0,00	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00
16230	DUREX CORES SORTIDOS	48114190	0500	5405	UN	3,00	0,75	0,00	2,25	0,00	0,00	0,00	0,00
38216	PAPEL SULFITE RINO CX/ 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	1,00	209,00	0,00	209,00	0,00	0,00	0,00	0,00
48538	FITA DUPLA FACE ACRILICO ADELBRAS 12MMX30MT	39191010	0500	5405	UN	1,00	5,60	0,00	5,60	0,00	0,00	0,00	0,00
19190	PAPEL SULFITE CHAMEX OFFICE A-4 CX 10 RESMAS	48025610	0500	5405	CX	1,00	229,50	0,00	229,50	0,00	0,00	0,00	0,00
22161	CANETA BIC AZUL CX. C/50 UNIDADES	96081000	0500	5405	CX	1,00	39,90	0,00	39,90	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
3.4.000552	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Val. Aprox. Impostos R\$51,15 (9,38%) Federal R\$18,80 (3,45%) Estadual Fonte: IBPT I-"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R\$ 0,00 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.	

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 11/07/2019 08:23:01

FX Sistemas - (18) 3701-0814 / (18) 3701-6314 / (18) 3701-5484 / (18) 3701-4669 - www.fxistemas.com.br

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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:04
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090302328800800000840173579920000011800

BENEFICIARIO:

BANZAY T INFORMATICA LTDA ME

NOME FANTASIA:

BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATI

CNPJ: 04.632.670/0001-81

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	82.604
NOSSE NUMERO	30232880000000840
CONVENIO	03023288
DATA DE VENCIMENTO	25/08/2019
DATA DO PAGAMENTO	26/08/2019
VALOR DO DOCUMENTO	118,00
VALOR COBRADO	118,00

=====

NR.AUTENTICACAO	8.106.A8E.1D7.1F2.278
-----------------	-----------------------

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
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

Saida: 1
Entrada: 0
N 0000005744
Série 001
Folha 1/1

1

BANZAY TELECOMUNICAÇÕES E INFORMÁTICA LTDA ME - BANZAY
Rua NACOES UNIDAS - , 325 - CENTRO
16800-000 - Mirandópolis - SP - Fone/Fax: 18 3701 3033

Natureza de Operação
VENDA DE MERCADORIA COM SUBST. TRIBUTARI

Inscrição Estadual
449067176112

Inscrição Estadual Sub. Tributária



Chave de Acesso
3519 0804 0000 0001 0181 5500 1000 0057 4416 5928 6223

Código de Verificação da Autenticidade do Documento Nacional de NF
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no sistema de faz autorizadora

Protocolo de Autorização
1351905612773-17 - 05/08/2019 - 14:35:47

CNPJ
04.632.670/0001-81

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Endereço
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 -

Município
Lins

Bairro/Distrito
Jardim Ariano

UF
SP

Inscrição Estadual

Data de Emissão
05/08/2019

Data Saída/Entrada

05/08/2019

Hora Saída/Entrada

14:34:00

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
001	25/08/2019	118,00									

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Cálculo do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. do ICMS	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	118,00
Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Desp. Acessor.	Valor do IPI	118,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	118,00

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	RJ/CPF
Endereço	9-Sem Transporte		
Quantidade	Município		
Especie	Numeração	Peso Bruto	
Marca			

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vir. Unitária	Vir. Desconto	ALIQ. %	Vir Aprox. dos Trib.
1777	TONER COMPATIVEL SAMSUNG MLT-D101 2165	84439933	5500	5405	UN	1,0000	118,0000	0,00	0,00	33,96

Dados Adicionais

Informações Complementares

I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL
II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI

Trib Aprox. R\$ 19,80 Fed - R\$ 14,16 Est - R\$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome D529CB

ARBB - UTA - 118
RECEBIMOS
ASS. 10/08/2019

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

27/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 08:14:52
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	27/08/2019
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	297.475,58

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

NR.AUTENTICACAO	3.A5F.1CE.9DC.A57.C76
-----------------	-----------------------

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

27/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 08:14:52
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	27/08/2019
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	57.467,25

***** 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.C94.749.7FC.EAF.F95
------------------	-----------------------

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



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G337121247550674031
12/09/2019 13:03:08

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

Data 28/08/2019 Valor R\$ 1.982,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 36, 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 novecentos e oitenta e dois reais e setenta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 12/09/2019 13:03:08

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 Maringápolis
Tipo Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Maria 30/08

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado

ANA PAULA DOS SANTOS SILVA

Número Carteira Profissional
29379

Série
00026

PERÍODOS

De Aquisição
23/07/2018 A 22/07/2019

De Gozo das Férias
02/09/2019 A 01/10/2019 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 1.343,95
Média Horas: 75,37
Média Valores: 15,17
Outras Vantagens: 199,60
TOTAL BASE CALCULO: 1.634,09

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 1.634,09 P
1/3 das Férias: 544,70 P
Abono de Férias: 0,00
1/3 do Abono de Férias: 0,00
Adicional do Dobro das Férias: 0,00
1/3 do Dobro das Férias: 0,00
Salário Família: 0,00
1ª Parcela 13º Salário: 0,00
Desconto da Previdência: 196,09 D
Desconto do imposto de Renda: 0,00

TOTAL DOS PROVENTOS: 2.178,79 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 196,09 D
TOTAL LIQUIDO: 1.982,70 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\$ 1.982,70 (um mil novecentos e oitenta e dois reais e setenta centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 02/08/2019

ANA PAULA DOS SANTOS SILVA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.982,70 (um mil novecentos e oitenta e dois reais e setenta centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 30/08/2019
MIRANDOPOLIS

ANA PAULA DOS SANTOS SILVA

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
04/09/2019 - AUTOATENDIMENTO - 22.30.04
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: 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: 28/08/2019

DOCUMENTO: 082801

AUTENTICACAO SISBB: 3.CCF.12E.94F.022.C21

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 Maragogipó
Tipo Despesa. Custeio

Mira



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

Número da
NFS-e
200

Data e Hora da Emissão	27/08/2019 09:14:45	Competência	27/8/2019	Código de Verificação	765507577
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	fiscal@mccassessoria.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	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

21/08/19
211

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:04
679006790 0005

CÓMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TÍTULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790601029921400000424000107706179960000068000

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 82.802

DATA DE VENCIMENTO 29/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 28/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 680,00

VALOR COBRADO 680,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.80E.CF5.474.2CC.446

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 R\$ 680,00	NF-e Nº: 000.111.006 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	

 BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555 www.biomedicalind.br www.cateter.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.111.006 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3519 0751 9436 4500 0107 5500 1000 1110 0610 0464 0328 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 PRODUCAO PROPRIA	
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA CNPJ 51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 30/07/2019
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 13:03:29

FATURA		
Número	Data Vcto	Valor
001	29/08/2019	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00
BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR DO ICMS 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 110,16
VALOR TOTAL DA NOTA 680,00	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	FRETE POR CONTA 0 - Rem.
CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO
UF SP	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765	MUNICÍPIO SAO PAULO
QUANTIDADE 1	ESPECIE VOLUME
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO 0,980	PESO LÍQUIDO 0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
COB. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CPQP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.C.ALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
070208	Cateter para Subclavia D/L CVC 7Fr x 20cm com acessórios BN R.O.P.M: 0702040150 L: 33746 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12. No FCF:1617 C2BI-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 31/07/19
 ASS. *[Assinatura]*

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Nº 000.111.006 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado de 12,741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20%) Estado: R\$ 12,00 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTA DO ICMS CONFORME ARTIGO 01 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PEL CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.	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

04/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 22:30:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

=====

75691318860114094500500205720014679970000032244

BENEFICIARIO:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINAS E P

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 82.803

DATA DE VENCIMENTO 30/08/2019

DATA DO PAGAMENTO 28/08/2019

VALOR DO DOCUMENTO 322,44

VALOR COBRADO 322,44

=====

NR.AUTENTICACAO 0.4F3.130.4B4.C71.16D

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 LOCAÇÃO FATURA Nº 000016179 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO Nome / Carimbo / Assinatura	RG:
			Data do Recebimento:

	CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA RUA MARTIN WESTPHAL, 220 17539-006 MARILIA / SP 62.771.316/0001-34	14-3311-7888 claudenir@centermaq.com I.E: 438.076.337.119	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000016179 Data Emissão 16/08/2019
--	---	---	--

Nº Fatura 000016179	Valor R\$ 322,44	Vencimento 30/08/2019
------------------------	---------------------	--------------------------

Pagador ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço AV JOSE A RODRIGUES 303
--

Município/UF LINS	CEP 16400-400	CNPJ 45.349.461/0001-02	Insc.Estadual ISENTO	Insc.Municipal
----------------------	------------------	----------------------------	-------------------------	----------------

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso TREZENTOS E VINTE E DOIS REAIS E QUARENTA E QUATRO CENTAVOS
--

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/07/201 9 A 16/08/2019, CONTRATO N.01178/2017-6414	1	322,44		322,44
EXCEDENTE DE 2374 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 142,44				
Valor total da nota R\$		0,00		322,44

Dispensada de emissão de nota fiscal conforme LC nº 116/2003(locação de equipamentos). Atividade não sujeita a retenção de CSLL, COFINS e PIS prevista no artigo 30 da lei 10833/04. Não sujeita a retenção do IR na fonte conforme artigo 647 do RIR 99.

	756-0	75691.31886 01140.945005 00205.720014 6 79970000032244
--	--------------	--

Local de Pagamento PAGAVEL EM QUALQUER BANCO ATE A DATA DO VENCIMENTO				Vencimento 30/08/2019
Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34 RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-				Agência / Código Beneficiário 3188/0001409450
Data do Documento 16/08/2019	Número do Documento 000016179/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/08/2019
Uso do Banco	Carteira 1	Moeda R\$	Quantidade	Valor
				Nosso Número 00000000002057-2

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.)

APOS O VENCIMENTO COBRAR JUROS DE 4% A.M...(R\$ 0,43 ao dia)
APOS O VENCIMENTO COBRAR MULTA DE 2%
PROTESTAR APOS 5 DIAS DO VENCIMENTO

(=) Valor do Documento	322,44
(-) Desconto	
(-) Outras Deduções / Abatimentos	
(+) Mora / Multa / Juros	
(+) Outros Acréscimos	
(=) Valor Cobrado	

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414)
AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03
16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP

CPF / CNPJ
45.349.461/0001-02
Código de Baixa
00000000002057-2

Pagador/Avalista



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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

28/08/2019
271

30/08/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:22:58
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	30/08/2019
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	193.695,54

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

NR. AUTENTICACAO	6.B66.07B.A65.D8E.0E0
------------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JA015967 ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 16 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2				
21/06 sex	07:02	11:30	12:42	19:18	10:46	00:00	00:00	11:04
22/06 sab	07:03	15:03	15:56	19:23	11:00	00:00	00:00	11:23
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	06:50	13:17	14:15	19:07	11:19	00:00	00:00	11:19
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	06:47	12:59	13:57	19:07	11:22	00:00	00:00	11:22
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	19:00	19:43	20:35	07:13	11:21	08:00	00:00	11:21
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	06:43	12:57	13:56	19:10	11:00	00:00	00:00	11:17
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	06:40	13:25	14:15	19:07	11:17	00:00	00:00	11:37
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	06:42	12:53	13:54	19:10	11:00	00:00	00:00	11:18
06/07 sab	19:12				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	06:51	14:03	15:01	19:05	11:16	00:00	00:00	11:16
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	06:39	13:09	14:07	19:02	11:00	00:00	00:00	11:21
12/07 sex	06:47	13:24	14:26	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
13/07 sab	19:16				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	06:40	13:09	14:09	19:01	11:00	00:00	00:00	11:20
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	06:41	13:27	14:23	19:05	11:00	00:00	00:00	11:19
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	21:55	07:06			00:00	08:00	00:00	08:11
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					144:21	16:00	00:00	155:08

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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 C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS
BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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: Custo

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 15 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: EDILENE MANOEL
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

DATA	DIÁRIO	Entrada	Saída	Intervalo	Trabalho	Dist. No.	Extra	Extra 2
21/06	sex	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
22/06	sab	07:03	13:46	14:45	19:34	10:58	00:00	00:00
23/06	dom	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
24/06	seg	07:01	14:15	15:18	19:15	11:00	00:00	00:00
25/06	ter	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
26/06	qua	07:00	12:56	13:54	19:08	11:00	00:00	00:00
27/06	qui	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
28/06	sex	07:05	13:13	14:18	19:09	10:59	00:00	00:00
29/06	sab	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
30/06	dom	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
01/07	seg	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
02/07	ter	07:02	13:00	13:58	19:07	11:00	00:00	00:00
03/07	qua	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
04/07	qui	07:01	13:06	14:05	19:03	11:00	00:00	00:00
05/07	sex	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
06/07	sab	06:56	13:47	14:45	19:16	11:00	00:00	00:00
07/07	dom	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
08/07	seg	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
09/07	ter	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
10/07	qua	06:55	12:19	13:18	19:11	11:17	00:00	00:00
11/07	qui	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
12/07	sex	06:56	13:31	14:25	19:10	11:20	00:00	00:00
13/07	sab	19:18			00:00	00:00	00:00	00:00
14/07	dom	06:54	12:16	13:12	19:21	11:00	00:00	00:00
15/07	seg	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
16/07	ter	07:09	13:21	14:18	19:04	10:58	00:00	00:00
17/07	qua	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
18/07	qui	07:03	12:57	13:57	19:09	11:00	00:00	00:00
19/07	sex	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
20/07	sab	06:51	13:38	14:33	19:02	11:16	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:48	00:00	00:00	144:59

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 32 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLISFunção: ENFERMEIRO
(A)

	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Intervalo	Total	Extras A	Total
21/06 sex	07:00	12:24	13:58	19:12	10:38	00:00	00:00	10:38
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	07:00	13:16	14:56	20:20	10:20	00:00	12:20	24:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	06:58	12:40	13:45	19:15	11:00	00:00	00:00	11:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	06:58	11:48	12:53	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
28/06 sex	06:55	13:10	13:24	13:31	00:00	00:00	00:00	06:22
29/06 sab	07:07	13:05	13:58	22:47	11:00	00:53	00:00	14:47
30/06 dom	14:14	16:47			00:00	00:00	00:00	02:33
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	06:52	12:31	13:44	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	18:50	20:38	21:46	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	06:57	11:46	12:45	19:26	11:00	00:00	00:00	11:26
11/07 qui	18:59	20:12	21:21	07:13	11:00	08:00	00:00	11:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	06:58	13:10	14:20	19:31	10:52	00:00	00:00	11:23
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Banco de Horas				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	07:03	11:40	12:45	19:57	10:52	00:00	00:00	11:49
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	06:57	11:04	11:25	19:10	11:52	00:00	00:00	11:52
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados					131:34	16:53	12:20	159:50

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Móvel (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
NASCIMENTOASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 36 de 43
impresso em 26/07/2019 09:51Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS

Função: AUX DE FARMACIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalho	Total Nos	Saída 3	Total Benef
21/06 sex	18:46	20:09	20:56	07:00	11:27	08:00	00:00	11:27
22/06 sab	18:54	20:01	20:57	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	18:53	20:17	21:14	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	18:47	20:02	20:56	07:01	11:20	08:00	00:00	11:20
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	17:55	20:08	21:00	06:00	10:08	08:00	00:00	11:13
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	18:47	20:16	21:09	07:00	11:20	08:00	00:00	11:20
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	18:49	20:12	21:01	07:26	11:22	08:00	00:00	11:48
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	18:04	20:29	21:16	06:00	10:13	08:00	00:00	11:09
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	18:48	20:22	21:17	07:02	11:19	08:00	00:00	11:19
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	18:50	20:02	20:53	07:00	11:19	08:00	00:00	11:19
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	18:55	20:05	21:00	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	17:58	20:23	21:21	06:03	10:05	08:00	00:00	11:07
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					131:33	96:00	00:00	135:02

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
10.8.19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 34 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDOPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Série 1	Entrada 2	Série 2	Trabalho	Total Not	Total	Total
21/06 sex	07:15	12:52	13:53	19:04	10:48	00:00	00:00	10:48
22/06 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	07:17	13:05			05:48	00:00	00:00	05:48
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	07:06	11:54	13:08	19:48	10:28	00:00	00:00	10:28
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	07:09	11:57	13:06	19:00	10:42	00:00	00:00	10:42
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	07:09	11:58	13:12	18:50	10:27	00:00	00:00	10:27
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	07:11	12:06	13:09	18:47	10:33	00:00	00:00	10:33
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	07:05	12:13	13:15	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	07:02	11:55	13:07	18:45	10:31	00:00	00:00	10:31
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	07:07	14:21	15:11	18:44	10:47	00:00	00:00	10:47
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	06:56	12:06	13:18	18:50	10:42	00:00	00:00	10:42
13/07 sab	19:10				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	06:57	12:02	13:10	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	06:58	11:59	13:09	18:55	10:47	00:00	00:00	10:47
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	07:01	13:42	14:44	19:21	10:57	00:00	00:00	11:18
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados, 1 afastamento					134:30	00:00	00:00	134:51

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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 M. Almeida
PATRICIA MICHELE DE
ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 33 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

	Entrada	Saída	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Total Neg	Extr. A	Total Geral
21/06 sex	18:49	19:29	20:22	07:10	11:28	08:00	00:00	11:28
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	18:50	19:38	20:25	07:08	11:31	08:00	00:00	11:31
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	18:53	19:31	20:24	07:07	11:21	08:00	00:00	11:21
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	18:58	19:43	20:36	07:13	11:22	08:00	00:00	11:22
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos					45:42	32:00	00:00	45:42

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Móvel (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
PATRICIA ADRIANA FERREIRA
10/8/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 40 de 43
impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhada	Total Nôr	Extras	Total Geral
21/06 sex	08:41	13:14	14:20	16:16	06:29	00:00	00:00	06:29
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	08:32	12:58	14:02	16:14	06:38	00:00	00:00	06:38
26/06 qua	07:01	13:22	14:15	19:28	07:00	00:00	00:00	11:34
27/06 qui	10:01	11:43	13:57	17:11	04:56	00:00	00:00	04:56
28/06 sex	09:33	10:57	12:39	19:04	07:00	00:00	00:00	07:49
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	09:05	13:06	14:15	17:00	06:00	00:00	00:00	06:46
01/07 seg	07:09	11:11			04:02	00:00	00:00	04:02
02/07 ter	07:59	14:10			06:11	00:00	00:00	06:11
03/07 qua	08:05	14:38			06:33	00:00	00:00	06:33
04/07 qui	07:20	13:05	13:22	14:13	06:36	00:00	00:00	06:36
05/07 sex	08:19	11:44	12:05	13:34	04:54	00:00	00:00	04:54
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	08:28	14:05	14:25	15:58	00:00	00:00	00:00	07:10
16/07 ter	08:29	12:46	14:17	16:41	06:41	00:00	00:00	06:41
17/07 qua	08:03	11:49	12:54	18:11	07:00	00:00	00:00	09:03
18/07 qui	08:51	12:58	13:58	17:20	07:00	00:00	00:00	07:29
19/07 sex	08:06	13:05	13:52	18:17	07:00	00:00	00:00	09:24
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 8 folgas/feriados, 8 afastamentos					88:00	00:00	00:00	112:15

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 39 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário SONIA MARIA RIZZO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

DATA	Entrada	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Saida 3	Trabalhadas	Tot. Nox	Extra A	Tot. Geral
21/06 sex	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	06:51	12:02	12:57	19:09		11:23	00:00	00:00	11:23
02/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	06:48	12:21	13:12	19:07		11:28	00:00	00:00	11:28
04/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	06:56	12:22	13:21	19:00	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
06/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	06:53	13:19	14:01	19:09		11:34	00:00	00:00	11:34
08/07 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	06:58	12:17	13:06	19:01		11:00	00:00	00:00	11:00
12/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	06:53	13:23	14:05	19:06		11:31	00:00	00:00	11:31
14/07 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	06:50	12:07	13:03	19:00		11:00	00:00	00:00	11:00
16/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	06:49	12:00	12:50	19:04		11:25	00:00	00:00	11:25
18/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	06:52	12:35	13:09	19:04		11:38	00:00	00:00	11:38
20/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	9 dias, 11 folgas/feriados, 10 afastamentos					101:59	00:00	00:00	101:59

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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)

Sônia Maria Rizzo
SONIA MARIA RIZZO

10/08/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 18 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX DE FARMÁCIA

		Entrada 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Extr. Not.	Extr. No	Total
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	06:50	12:28	13:29	19:08	11:17	00:00	00:00	11:17
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	17:42	20:29	21:29	07:04	11:00	08:00	00:00	12:18
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	17:42	20:40	21:40	07:01	11:00	08:00	00:00	12:18
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	06:51	12:24	13:30	19:22	11:00	00:00	00:00	11:22
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	07:05	11:52	12:58	19:00	10:49	00:00	00:00	10:49
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	06:55	14:18	15:18	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	06:47	12:00	13:12	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
07/07 dom	07:00	12:16	13:16	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	06:51	11:42	12:47	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
10/07 qua	18:00	21:07	22:06	06:01	10:02	07:53	00:00	11:02
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	07:00	12:45	13:45	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
13/07 sab	06:53	12:08	13:14	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
14/07 dom	06:50	12:06	13:17	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	06:46	12:10	13:18	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
17/07 qua	17:43	19:44	20:41	06:00	10:03	08:00	00:00	11:20
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	06:54	12:20	13:25	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados					174:11	31:53	00:00	179:26

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 17 de 43
Impresso em 28/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

					Trabalhadas	Total Not.	Extra A	Total Geral
21/06 sex	06:58	11:30			04:32	00:00	00:00	04:32
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	06:58	14:29	15:25	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	06:55	12:00	12:58	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 3 dias, 7 folgas/feriados, 20 afastamentos					26:32	00:00	00:00	26:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Móvel (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

10/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Convênio nº 0107/2011
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 030196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: CATIA FERNANDA FERRAZ
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data		Horas				Total No	Total A	Total Geral
21/06	sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06	sab	18:59	20:08	21:04	07:06	11:00	08:00	11:00
23/06	dom	18:51	19:38	20:26	07:08	11:29	08:00	11:29
24/06	seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06	ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06	qua	18:59	19:52	20:54	07:01	11:00	08:00	11:00
27/06	qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06	sex	18:52	19:48	20:48	07:06	11:00	08:00	11:00
29/06	sab	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06	dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07	seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07	ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07	qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07	qui	19:02	19:54	21:06	07:00	10:46	08:00	10:46
05/07	sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07	sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07	dom	06:56	12:06	12:59	19:08	11:19	00:00	11:19
08/07	seg	18:55	20:05	20:59	07:04	11:00	08:00	11:00
09/07	ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07	qua	19:03	20:57	21:44	07:00	11:00	08:00	11:00
11/07	qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07	sex	18:57	20:00	21:01	07:01	11:00	08:00	11:00
13/07	sab	18:57				00:00	00:00	00:00
14/07	dom	19:00	20:12	21:19	06:54	10:47	08:00	10:47
15/07	seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07	ter	18:47	20:08	21:25	07:00	10:56	08:00	10:56
17/07	qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07	qui	19:03	20:25	21:17	07:07	11:00	08:00	11:00
19/07	sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07	sab	18:53	20:43	21:48	07:05	11:00	08:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados						143:17	96:00	143:17

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 10 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento: UTM MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Reservado	Outra Hora	Tot. Hora	Tot. Geral
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	07:02	12:20	13:50	19:34	10:28	00:00	00:00	11:02
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	07:03	13:24	14:23	19:15	11:00	00:00	00:00	11:00
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	07:00	14:05	15:08	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	07:05	11:58	13:09	19:09	10:53	00:00	00:00	10:53
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	07:01	11:10	12:15	19:00	10:54	00:00	00:00	10:54
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	07:02	11:43	12:49	19:06	10:58	00:00	00:00	10:58
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	06:59	12:15	13:23	19:02	10:55	00:00	00:00	10:55
06/07 sab	19:10				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	07:04	14:17	15:24	19:00	10:49	00:00	00:00	10:49
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	06:59	12:20	13:23	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	07:11	12:11	13:21	19:10	10:49	00:00	00:00	10:49
13/07 sab	19:17				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	06:51	12:02	13:09	18:53	10:55	00:00	00:00	10:55
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	07:03	12:08	13:05	19:21	11:00	00:00	00:00	11:21
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					130:41	00:00	00:00	131:36

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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
Tpo. Despesa. Custeio

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 8 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário CAMILA DONATO INNOCENCIO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada	Saída	Trabalhada	Intervalo	Extra	Ponto
21/06 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 30 afastamentos			00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 7 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento: UTE MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

		Dias				Trabalhadas	Total	Faltas	Tempo
21/06	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06	dom	06:55	12:44	13:36	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
24/06	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06	qui	06:55	12:09	12:57	19:04	11:21	00:00	00:00	11:21
28/06	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06	dom	06:57	12:41	13:35	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
01/07	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07	ter	06:54	13:58	14:58	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
03/07	qua	06:48	12:54	13:53	20:51	11:00	00:00	00:00	12:51
04/07	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07	sex	06:56	11:50	12:50	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
06/07	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07	dom	06:51	12:40	13:45	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
08/07	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07	ter	06:54	12:13	13:02	19:07	11:24	00:00	00:00	11:24
10/07	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07	qui	06:49	13:06	14:06	19:11	11:22	00:00	00:00	11:22
12/07	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07	sab	06:48	13:32	14:19	19:08	11:33	00:00	00:00	11:33
14/07	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07	seg	06:50	12:08	13:03	19:06	11:21	00:00	00:00	11:21
16/07	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07	qua	06:48	11:40	12:55	20:56	10:57	00:00	00:00	12:53
18/07	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07	sex	06:54	13:15	14:11	19:12	11:22	00:00	00:00	11:22
20/07	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados						145:20	00:00	00:00	149:07

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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 C.C. Silva
BIANCA CAETANO COSTA
SILVA
30, 8, 19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 22 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregado: 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	Entrada 3	Saída 3	Entrada 4	Saída 4
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	07:03	11:33	12:28	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	06:57	11:56	12:57	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	07:02	11:35	12:54	19:00	10:39	00:00	00:00	10:39
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	06:58	11:19	12:28	17:43	09:36	00:00	00:00	09:36
TOTAL:	4 dias, 11 folgas/feriados, 15 afastamentos				42:15	00:00	00:00	42:15

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 21 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função FISIOTERAPEUTA

		Entrada	Saída	Intervalo	Total Not.	Extra Ad.	Total Geral
21/06 sex	11:37	14:58	15:19	18:09	05:45	00:00	06:11
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 ter	11:38	15:25	15:42	18:08	05:45	00:00	06:13
26/06 qua	11:37	15:13	15:28	18:19	05:45	00:00	06:29
27/06 qui	11:38	17:07	17:27	18:01	05:45	00:00	06:03
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 sab	11:46	17:20	17:35	18:11	05:45	00:00	06:10
30/06 dom	12:07	17:15	17:30	18:18	05:45	00:00	05:56
01/07 seg	12:19	15:08	15:37	18:09	05:21	00:00	05:21
02/07 ter	11:49	16:35	17:12	18:16	05:45	00:00	05:50
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 qui	17:41 BH	20:08	20:21	00:00	05:45	02:17	06:06
05/07 sex	17:43	20:09	20:26	23:52	05:45	02:08	05:52
06/07 sab	17:50	20:18	20:33	00:20	05:45	02:40	06:15
07/07 dom	12:09	19:45	20:24	23:55	05:45	02:11	11:07
08/07 seg	11:40	17:26	17:45	18:16	05:45	00:00	06:17
09/07 ter	12:13	17:18	17:31	18:19	05:45	00:00	05:53
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 sab	17:42	20:19	20:35	00:18	05:45	02:37	06:20
14/07 dom	17:44	20:12	20:33	23:49	05:45	02:04	05:45
15/07 seg	11:38	16:29	16:44	18:11	05:45	00:00	06:18
16/07 ter	11:55	15:13	15:27	18:14	05:45	00:00	06:05
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 qui	11:51	17:10	17:30	18:13	05:45	00:00	06:02
19/07 sex	18:00	20:41	20:57	00:03	05:45	02:20	05:45
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 10 folgas/feriados					114:36	16:17	125:58

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)

Josiane dos Santos Pereira
JOSIANE DOS SANTOS
PEREIRA
09/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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: Custo

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 6 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Folga	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Folga	Entrada 3	Saída 3	Folga
21/06 sex	18:47	19:29	20:23	07:10	11:29	08:00	00:00	11:29
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	19:01	19:37	20:25	07:09	11:20	08:00	00:00	11:20
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	19:06	20:32	21:29	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	18:53	19:43	20:36	07:11	11:25	08:00	00:00	11:25
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	18:50	20:01	20:45	07:03	11:29	08:00	00:00	11:29
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	18:55	19:29	20:16	07:00	11:18	08:00	00:00	11:18
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	19:08	19:26	20:15	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	19:03	19:26	20:17	07:11	11:17	08:00	00:00	11:17
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	18:50	19:51	20:51	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	18:57	19:31	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	18:54	19:20	20:11	07:02	11:17	08:00	00:00	11:17
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	18:51	20:25	21:18	07:06	11:22	08:00	00:00	11:22
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	12 dias, 18 folgas/feriados				134:57	96:00	00:00	134:57

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

10/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 5 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	18:51	19:31	20:25	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	19:02	20:33	21:29	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	06:54	13:04	13:58	19:05	00:05	00:00	00:00	10:22
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	18:56	20:28	22:07	07:03	10:28	07:52	00:00	10:28
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	18:52	19:29	20:16	06:59	11:20	08:00	00:00	11:20
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	18:53	19:26	20:15	07:11	11:29	08:00	00:00	11:29
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	18:48	19:26	20:17	07:17	11:21	08:00	00:00	11:38
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	18:57	19:51	20:52	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	18:57	19:20	20:10	07:03	11:16	08:00	00:00	11:16
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 16 folgas/feriados, 5 afastamentos					88:59	63:52	00:00	99:33

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

13819

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 Maringápolis
Tipo Despesa. Custo

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: RICARDO DE CARVALHO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

		Salda 1	Salda 2	Salda 3	Salda 4	Salda 5	Salda 6	Salda 7
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	18:50	20:52	21:53	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	18:50	20:02	21:05	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	18:48	20:02	21:05	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	18:48	20:08	21:03	07:03	11:20	08:00	00:00	11:20
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	18:49	19:55	20:55	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	18:48	20:01	21:02	07:10	11:21	08:00	00:00	11:21
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	18:53	20:00	21:00	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	18:49	21:20	22:30	07:00	11:00	07:25	00:00	11:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	18:51	20:00	20:59	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	18:51	20:12	21:18	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	18:46	20:08	21:06	07:00	11:16	08:00	00:00	11:16
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	18:47	20:07	21:08	07:07	11:19	08:00	00:00	11:19
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					133:16	95:25	00:00	133:16

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
RICARDO DE CARVALHO
09/08/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 37 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: RENATA MONTI FORNAZARI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: ENFERMEIRO
(A)

						Trabalhada	Total Neg.	Extra A	Total Extra
21/06 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	06:53	13:32	14:34	19:33	11:00	00:00	00:00	00:00	11:33
23/06 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	06:54	14:39	15:47	19:21	10:58	00:00	00:00	00:00	11:19
25/06 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 2 dias, 28 folgas/feriados						21:58	00:00	00:00	22:52

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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. Custo

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 4 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

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	Seg	Ter	Qua	Sex
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	06:50	13:01	14:00	19:06	11:17	00:00	00:00	11:17
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	06:56	12:59	13:57	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	06:53	12:01	12:58	19:04	11:16	00:00	00:00	11:16
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	06:43	12:57	13:55	19:10	11:00	00:00	00:00	11:17
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	06:48	13:15	14:15	19:07	11:19	00:00	00:00	11:19
04/07 qui	06:49	12:23	13:19	19:01	11:16	00:00	00:00	11:16
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	06:53	12:19	12:51	19:10	11:45	00:00	00:00	11:45
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	06:51	14:05	15:01	19:05	11:18	00:00	00:00	11:18
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	06:48	13:08	14:08	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	06:51	13:24	14:23	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	06:47	13:13	14:04	19:09	11:31	00:00	00:00	11:31
20/07 sab	06:54	12:14	13:08	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					134:42	00:00	00:00	134:59

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 3 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

	Entrada	Saida	Entr	Saida	Trabalhadas	Total Neg	Extra A	Total Pos
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	19:10	20:22	21:20	07:07	10:59	08:00	00:00	10:59
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	19:01	19:41	20:51	07:05	10:54	08:00	00:00	10:54
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	18:52	20:02	21:08	07:33	11:00	08:00	00:00	11:33
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	18:47	20:03	21:03	07:14	11:27	08:00	00:00	11:27
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	15:56	19:59	20:56	07:01	11:00	08:00	00:00	14:04
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	18:53	19:57	20:54	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
03/07 qua	18:57	20:08	21:11	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	18:48	20:04	21:02	07:13	11:27	08:00	00:00	11:27
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	18:53	20:01	20:58	07:11	11:21	08:00	00:00	11:21
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	18:58	20:21	21:26	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	17:48	20:00	21:00	07:14	11:00	08:00	00:00	12:12
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	19:04	20:11	21:18	07:01	10:50	08:00	00:00	10:50
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	18:51	20:08	21:01	07:00	11:16	08:00	00:00	11:16
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	18:51	20:08	21:08	07:18	11:00	08:00	00:00	11:18
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	18:49	19:57	21:56	07:00	10:12	08:00	00:00	10:12
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					165:26	120:00	00:00	170:33

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

01/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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. Custo

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: WILLIAN SOUZA SALADINI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Total Not	Extra A	Total C
21/06 sex	18:02	21:01	21:15	00:00			05:45	02:17	00:00	05:45
22/06 sab	18:07	21:22	21:37	00:09			05:45	02:27	00:00	05:45
23/06 dom	18:05	21:13	21:28	00:05			05:45	02:22	00:00	05:45
24/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	18:08	20:44	20:59	23:57			05:45	02:13	00:00	05:45
27/06 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	18:05	20:05	20:20	23:53			05:45	02:09	00:00	05:45
29/06 sab	18:04	20:00	20:15	00:09			05:45	02:27	00:00	05:50
30/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	18:08	21:58	22:14	00:05			05:45	02:22	00:00	05:45
03/07 qua	18:02	22:55	23:11	00:08			05:45	02:26	00:00	05:50
04/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	12:04	17:40	17:55	18:04	18:08		05:45	00:00	00:00	05:45
06/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	18:09	21:17	21:35	00:12			05:45	02:30	00:00	05:45
09/07 ter	18:12	20:52	21:09	00:01			05:45	02:18	00:00	05:45
10/07 qua	18:03	21:46	22:03	00:06			05:45	02:24	00:00	05:45
11/07 qui	13:18	21:30	22:33	00:11			05:45	02:29	00:00	09:50
12/07 sex	18:09	21:40	21:55	23:55			05:45	02:11	00:00	05:45
13/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	18:01	23:11	23:27	00:07			05:45	02:25	00:00	05:50
16/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	18:04	23:00	23:15	00:01			05:45	02:18	00:00	05:45
19/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	18:11	21:18	21:34	00:07			05:45	02:25	00:00	05:45
TOTAL:	17 dias, 13 folgas/feriados						97:45	37:43	00:00	102:05

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

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 Brandi Faria" de Maringápolis
Tipo Despesa. Custeio

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 26 de 43
 Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: LUIS FERANDO BETONI
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Tribunação	Total No.	Total Faltas	Total
21/06 sex	05:53	08:00	08:15	12:07	05:45	00:00	00:00	05:59
22/06 sab	11:52	15:30	15:45	18:15	05:45	00:00	00:00	06:08
23/06 dom	11:49	15:30	15:45	18:15	05:45	00:00	00:00	06:11
24/06 seg	11:55	16:10	16:26	18:11	05:45	00:00	00:00	06:00
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	05:53	11:48	11:58	12:01	05:45	00:00	00:00	05:58
28/06 sex	11:52	16:15	16:30	18:12	05:45	00:00	00:00	06:05
29/06 sab	05:54	09:10	09:25	12:07	05:45	00:00	00:00	05:58
30/06 dom	11:53	16:20	16:44	18:08	05:45	00:00	00:00	05:51
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	05:56	09:15	09:32	12:10	05:45	00:00	00:00	05:57
03/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	05:57	08:03	09:06	12:11	05:11	00:00	00:00	05:11
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	06:04	09:31	09:45	12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
09/07 ter	06:06	09:05	09:20	12:20	05:45	00:00	00:00	05:59
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	05:59	09:10	09:25	13:18	05:45	00:00	00:00	07:04
12/07 sex	12:09	17:59	18:08	18:16	05:45	00:00	00:00	05:58
13/07 sab	05:59	12:15	13:32	18:03	05:45	00:00	00:00	10:47
14/07 dom	06:59	12:30	13:44	18:03	05:45	00:00	00:00	09:50
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	06:00	08:55	09:10	12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
17/07 qua	06:01	09:00	09:15	12:19	05:45	00:00	00:00	06:03
18/07 qui	06:00	08:45	09:00	12:40	05:45	00:00	00:00	06:25
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	12:01	12:43	12:56	18:17	05:45	00:00	00:00	06:03
TOTAL: 20 dias, 8 folgas/feriados, 2 afastamentos					114:26	00:00	00:00	128:57

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 25 de 43
Impresso em 25/07/2019 09:51

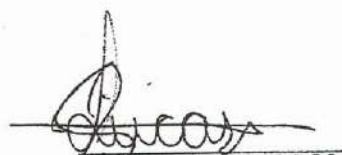
Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC. DE ENFERMAGEM

	Entrada 1	Entrada 2	Saida 2	Saida 1	Trabalhadas	Total Noit	Ex. At.	Total Geral
21/06 sex	18:44	19:29	20:22	07:10	11:17	08:00	00:00	11:33
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	18:47	19:38	20:26	07:08	11:33	08:00	00:00	11:33
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	18:51	19:31	20:25	07:06	11:21	08:00	00:00	11:21
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	18:50	20:32	21:29	07:03	11:16	08:00	00:00	11:16
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	07:39	13:03	13:58	19:04	10:30	00:00	00:00	10:30
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	18:56	20:27	22:08	07:02	10:25	07:50	00:00	10:25
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	18:52	19:29	20:16	06:59	11:20	08:00	00:00	11:20
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	18:57	19:51	20:52	06:59	11:00	08:00	00:00	11:00
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	18:50	19:30	20:30	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	18:53	19:36	20:36	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	18:53	19:31	20:27	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	18:56	19:20	20:10	07:03	11:17	08:00	00:00	11:17
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	18:57	19:30	20:30	07:14	11:17	08:00	00:00	11:17
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					144:16	95:50	00:00	144:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
10.08.19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 2 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada	Saída 1	Entrada 2	Saída 2				
21/06 sex	18:51	19:29	20:22	07:14	11:30	08:00	00:00	11:30
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	18:48	19:38	20:25	07:20	11:25	08:00	00:00	11:45
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	19:07	19:31	20:24	07:21	11:00	08:00	00:00	11:21
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	18:58	19:52	20:53	07:13	11:00	08:00	00:00	11:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	18:45	22:15	23:20	09:25	11:00	06:45	00:00	13:25
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	19:03	20:00	20:45	07:10	11:22	08:00	00:00	11:22
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	18:47	19:26	20:16	07:10	11:33	08:00	00:00	11:33
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	18:48	19:25	20:16	07:11	11:32	08:00	00:00	11:32
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	18:55	19:51	20:51	07:15	11:20	08:00	00:00	11:20
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	18:50	19:36	20:37	07:10	11:19	08:00	00:00	11:19
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	19:00	19:31	20:26	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	17:54	19:20	20:11	07:10	11:19	08:00	00:00	12:25
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	18:45	20:25	21:17	07:14	11:37	08:00	00:00	11:37
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	13 dias, 16 folgas/feriados, 1 afastamento				146:57	102:45	00:00	151:09

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
13/08/2019.

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 1 de 43
Impresso em 20/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDOPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	18:52	20:01	20:54	07:05	11:20	08:00	00:00	11:20
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	18:48	19:39	20:20	07:01	11:32	08:00	00:00	11:32
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	18:49	19:51	20:52	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	18:51	20:02	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	18:49	19:55	20:52	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	18:53	19:57	20:53	07:09	11:20	08:00	00:00	11:20
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	18:53	19:59	20:58	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	18:47	20:13	20:56	07:00	11:30	08:00	00:00	11:30
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	18:48	20:00	21:00	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	18:55	19:54	20:45	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	18:47	20:25	21:38	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	18:48	20:10	21:07	07:05	11:20	08:00	00:00	11:20
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					134:02	96:00	00:00	134:02

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
ALCIONE BOGAZ
9/8/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 28 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX
ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Total
21/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	07:30	11:07	12:12	16:17			07:42	00:00	00:00	07:42
26/06 qua	07:28	11:33	13:04	16:30			07:31	00:00	00:00	07:31
27/06 qui	07:35	11:11	12:22	17:21			08:35	00:00	00:00	08:35
28/06 sex	07:25	11:18	12:20	16:37			08:10	00:00	00:00	08:10
29/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	07:22	11:02	12:02	16:41			08:19	00:00	00:00	08:19
02/07 ter	07:20	11:32	12:40	16:30			08:02	00:00	00:00	08:02
03/07 qua	07:26	11:25	12:35	16:45			08:09	00:00	00:00	08:09
04/07 qui	07:20	11:26	12:30	16:35			08:11	00:00	00:00	08:11
05/07 sex	07:48	11:07	12:23	16:30	16:31		07:26	00:00	00:00	07:26
06/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	07:58	12:41	13:23	16:18	17:01		07:38	00:00	00:00	07:38
09/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	07:39	12:52	16:47	17:07			05:33	00:00	00:00	05:33
11/07 qui	07:54	11:37	12:52	16:46			07:37	00:00	00:00	07:37
12/07 sex	07:44	10:41	12:45	17:10	17:12		07:22	00:00	00:00	07:22
13/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	07:55	11:34	12:54	16:43			07:28	00:00	00:00	07:28
16/07 ter	07:58	12:28	12:45	16:54			08:39	00:00	00:00	08:39
17/07 qua	07:45	11:22	12:42	16:40			07:35	00:00	00:00	07:35
18/07 qui	10:55	11:28	16:47				00:33	00:00	00:00	00:33
19/07 sex	07:34	11:35	12:41	17:11			08:31	00:00	00:00	08:31
20/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	18 dias, 12 folgas/feriados						133:01	00:00	00:00	133:01

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
 Função: TEC DE ENFERMAGEM

	Entrada	Saída	Total	Total Neg.	Extras A	Total Extras
21/06 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 30 afastamentos			00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movei (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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 42 de 43
Impresso em 28/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: VIVIANE LIE YOKOYAMA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

Data	Descrição	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Total	Total Not.	Total	Total
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Feriado -				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	05:55	10:15	10:30	11:52	05:45	00:00	00:00	05:45
26/06 qua	05:52	10:15	10:25	11:56	05:45	00:00	00:00	05:45
27/06 qui	05:53	10:14	10:30	11:56	05:45	00:00	00:00	05:45
28/06 sex	05:55	10:15	10:26	12:19	05:45	00:00	00:00	06:13
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	4 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos				23:00	00:00	00:00	23:28

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Móvel (v1): 07:00 às 13:00 Seg à sext - Mirandópolis -
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

10/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 41 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC. DE
ENFERMAGEM

	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Saída 2	Saída 3	Trabalhada	Total Fol.	Extr. A	Total Extr.
21/06 sex	06:46	14:01	14:52	19:20			11:23	00:00	00:00	11:43
22/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	06:48	12:42	13:27	19:00			11:27	00:00	00:00	11:27
24/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	06:50	12:00	12:58	19:06			11:18	00:00	00:00	11:18
26/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	06:47	12:21	13:18	19:06			11:22	00:00	00:00	11:22
28/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	18:41	19:44	20:36	07:13			11:21	08:00	00:00	11:40
30/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	06:47	11:59	12:52	19:13			11:33	00:00	00:00	11:33
02/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	06:40	12:20	13:13	19:14			11:21	00:00	00:00	11:41
04/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	06:43	12:04	12:46	19:10	19:11		11:28	00:00	00:00	11:45
06/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	06:47	13:40	14:36	19:08			11:25	00:00	00:00	11:25
08/07 seg	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	06:41	12:02	12:54	19:04			11:00	00:00	00:00	11:19
10/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	06:46	13:29	14:22	19:18			11:21	00:00	00:00	11:39
14/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	06:42	13:08	13:57	19:02			11:00	00:00	00:00	11:18
16/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	06:40	12:00	12:54	19:05			11:00	00:00	00:00	11:20
18/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	06:49	12:33	13:24	19:09			11:29	00:00	00:00	11:29
20/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados							158:28	08:00	00:00	160:59

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
VALERIA CRISTINA DE SOUZA
DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 1 de 1
Impresso em 12/08/2019 14:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: TANIA MARA BARRETO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

01/07 seg	Sem Expediente	00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Sem Expediente	00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Sem Expediente	00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Sem Expediente	00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	06:50 11:18 12:21 19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
06/07 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	06:48 12:44 13:44 19:09	11:21	00:00	00:00	11:21
08/07 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	07:01 12:05 13:13 19:05	10:56	00:00	00:00	10:56
10/07 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	06:57 12:19 13:27 19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
12/07 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	06:55 12:23 13:31 19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
14/07 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	06:56 12:16 13:16 19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
16/07 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	06:57 12:15 13:19 19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
18/07 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	07:00 13:16 14:13 19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
20/07 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 8 dias, 8 folgas/feriados		88:17	00:00	00:00	88:17

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


TANIA MARA BARRETO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **DENISE PRISCILA ANCILOTTI LISBOA DE SOUZA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

21/06 sex	18:53	19:30	20:22	07:10	11:25	08:00	00:00	11:25
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	18:45	19:40	20:40	07:01	11:16	08:00	00:00	11:16
25/06 ter	18:53	19:31	20:25	07:07	11:20	08:00	00:00	11:20
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	18:54	20:32	21:29	07:09	11:18	08:00	00:00	11:18
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	18:52	20:01	20:45	07:02	11:26	08:00	00:00	11:26
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	19:07	19:31	20:16	06:59	11:00	08:00	00:00	11:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	18:57	19:26	20:15	07:09	11:23	08:00	00:00	11:23
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	19:18	19:40	20:39	07:15	10:58	08:00	00:00	10:58
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	18:51	19:51	20:51	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	18:51	19:30	20:31	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	18:49	19:36	20:35	06:19	10:31	08:00	00:00	10:31
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	18:53	19:31	20:26	06:59	11:00	08:00	00:00	11:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	18:49	20:50	21:50	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	13 dias, 16 folgas/feriados, 1 afastamento				144:37	104:00	00:00	144:37

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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 P. C. L. Souza
 DENISE PRISCILA ANCILOTTI
 LISBOA DE

16/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2019 a 20/07/2019

página 14 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhados	Extras	Extras 2
21/06 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/06 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/06 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/06 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/07 seg	18:56	20:00	20:45	07:03	11:22	08:00	11:22
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 qua	19:01	19:30	20:16	07:00	11:00	08:00	11:00
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 sex	18:58	19:26	20:16	07:11	11:23	08:00	11:23
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 dom	18:57	19:26	20:16	07:10	11:23	08:00	11:23
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 qui	18:58	19:30	20:19	07:01	11:00	08:00	11:00
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 sab	19:00	19:36	20:35	07:02	11:00	08:00	11:00
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 seg	18:53	19:31	20:26	07:00	11:00	08:00	11:00
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 qua	19:03	19:21	20:11	07:02	11:00	08:00	11:00
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 sex	18:54	20:26	21:17	07:11	11:26	08:00	11:26
20/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 11 folgas/feriados, 10 afastamentos					100:34	72:00	00:00 100:34

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
10/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 30 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Intervalo	Total	Extr.	Extr. 2
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	05:51	10:24	10:38	12:09	05:45	00:00	00:00	06:04
23/06 dom	05:56	11:28	11:37	12:06	05:45	00:00	00:00	06:01
24/06 seg	05:58	09:31	09:46	12:16	05:45	00:00	00:00	06:03
25/06 ter	05:55	11:00	11:16	11:50	05:45	00:00	00:00	05:45
26/06 qua	05:56	10:51	11:05	11:50	05:45	00:00	00:00	05:45
27/06 qui	17:50	20:39	20:52	23:57	05:45	02:13	00:00	05:45
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	05:58	10:40	11:02	12:08	05:45	00:00	00:00	05:45
01/07 seg	05:56	10:29	10:41	12:23	05:45	00:00	00:00	06:15
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	06:45	15:18	16:16	18:02	05:45	00:00	00:00	10:19
04/07 qui	05:57	13:31	14:20	18:01	05:45	00:00	00:00	11:15
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	06:03	14:25	15:12	18:05	05:45	00:00	00:00	11:15
07/07 dom	05:59	10:49	11:22	12:21	05:45	00:00	00:00	05:45
08/07 seg	05:58	11:18	11:29	12:01	05:45	00:00	00:00	05:45
09/07 ter	05:57	09:59	10:12	12:09	05:45	00:00	00:00	05:45
10/07 qua	05:53	13:40	14:24	18:18	05:45	00:00	00:00	11:41
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	05:59	10:48	11:08	12:12	05:45	00:00	00:00	05:45
13/07 sab	06:10 - <i>Folga</i>				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	05:57	11:14	11:25	11:56	05:45	00:00	00:00	05:45
16/07 ter	05:57	10:40	10:54	11:50	05:45	00:00	00:00	05:45
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	05:54				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	05:54	13:05	13:52	18:09	05:45	00:00	00:00	11:28
20/07 sab	05:59	10:53	11:10	12:14	05:45	00:00	00:00	05:45
TOTAL: 20 dias, 9 folgas/feriados, 1 afastamento					115:00	02:13	00:00	143:36

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 29 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: MARIA JOSE CARDOSO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

		Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Total Not.	Folga	Total Extra
21/06 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	18:53	20:22	21:21	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00	
23/06 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	18:47	19:41	20:45	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00	
25/06 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	18:50	20:01	20:57	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00	
27/06 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	18:50	20:05	21:03	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00	
29/06 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	18:51	20:02	21:06	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00	
01/07 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	18:46	19:56	20:59	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00	
03/07 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	18:49	19:55	20:55	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00	
05/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	18:56	20:06	21:08	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00	
07/07 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	18:54	20:04	20:58	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00	
09/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	18:47	20:16	21:09	07:01	11:21	08:00	00:00	11:21	
11/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	18:53	20:05	21:00	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00	
15/07 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	18:46	20:07	21:03	07:00	11:18	08:00	00:00	11:18	
17/07 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	18:46	19:55	20:59	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00	
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados						143:39	104:00	00:00	143:39

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
MARIA JOSE CARDOSO
12/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 24 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Entrada 4	Saida 4
21/06 sex	Folga						00:00	00:00
22/06 sab	Folga						00:00	00:00
23/06 dom	07:11	14:31	15:37	19:05			10:48	00:00
24/06 seg	07:12	12:42	13:45	19:03			10:48	00:00
25/06 ter	Folga						00:00	00:00
26/06 qua	07:05	12:53	13:59	19:08			10:57	00:00
27/06 qui	Folga						00:00	00:00
28/06 sex	07:14	11:57	12:48	19:09			11:00	00:00
29/06 sab	07:00	12:02	13:03	19:04			11:00	00:00
30/06 dom	Folga						00:00	00:00
01/07 seg	Folga						00:00	00:00
02/07 ter	06:59	12:06	13:04	19:06			11:00	00:00
03/07 qua	Folga						00:00	00:00
04/07 qui	08:12	11:58	12:56	14:57	15:09	19:01	09:39	00:00
05/07 sex	Folga						00:00	00:00
06/07 sab	07:22	12:38	13:38	19:08			10:46	00:00
07/07 dom	Folga						00:00	00:00
08/07 seg	06:52	13:00	13:47	19:10			11:31	00:00
09/07 ter	Folga						00:00	00:00
10/07 qua	Folga						00:00	00:00
11/07 qui	Folga						00:00	00:00
12/07 sex	Folga						00:00	00:00
13/07 sab	06:55	12:15	13:20	19:05			11:00	00:00
14/07 dom	06:46	13:18	14:20	19:11			11:23	00:00
15/07 seg	Folga						00:00	00:00
16/07 ter	06:57	12:30	13:34	18:56			10:55	00:00
17/07 qua	Folga						00:00	00:00
18/07 qui	07:06	12:08	13:23	19:21			10:39	00:00
19/07 sex	Folga						00:00	00:00
20/07 sab	06:57	12:50	13:52	19:02			11:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados							152:26	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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 Ferraz
LETICIA MAIARA DOS SANTOS
09/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 23 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário LAIS MARANI SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função FARMACÊUTICO(A)

	Faltas	Faltas 1	Faltas 2	Faltas 3	Faltas 4	Faltas 5	Trabalhadas	Total Neg	Extr - A	Extr - B
21/06 sex	Falta						00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	07:35	13:12	14:18	17:55			09:14	00:00	00:00	09:14
25/06 ter	07:37	12:55	14:16	16:40			07:42	00:00	00:00	07:42
26/06 qua	07:31	14:10	15:11	17:59			09:30	00:00	00:00	09:30
27/06 qui	07:38	12:01	13:02	17:00			08:21	00:00	00:00	08:21
28/06 sex	07:33	14:50					07:17	00:00	00:00	07:17
29/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	07:26	12:30	13:30	17:56			09:30	00:00	00:00	09:30
02/07 ter	07:06	13:03	14:02	18:05			09:30	00:00	00:00	09:30
03/07 qua	07:32	12:29	13:31	16:39			08:05	00:00	00:00	08:05
04/07 qui	07:30	12:40	13:42	17:56			09:30	00:00	00:00	09:30
05/07 sex	07:14	12:31	13:36	17:30	17:40		09:11	00:00	00:00	09:11
06/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	07:32	12:42	13:46	17:45			09:09	00:00	00:00	09:09
09/07 ter	Falta						00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	07:32	12:33	13:36	18:00			09:30	00:00	00:00	09:30
11/07 qui	07:09	12:35	13:36	17:21			09:11	00:00	00:00	09:11
12/07 sex	07:26	12:09					04:43	00:00	00:00	04:43
13/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	07:34	13:03	14:00	17:35			09:04	00:00	00:00	09:04
16/07 ter	Falta						00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	07:45	13:00	14:01	17:54			09:08	00:00	00:00	09:08
18/07 qui	07:21	12:55	14:00	18:10			09:30	00:00	00:00	09:30
19/07 sex	07:09	13:11	14:11	17:24			09:15	00:00	00:00	09:15
20/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 18 dias, 3 faltas, 9 folgas/feriados							157:20	00:00	00:00	157:20

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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 21/06/2019 a 20/07/2019

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: DEBORA CRISTINA LOCHE
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
 Função: AUX DE FARMACIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Intervalo	Entrada 3	Saída 3	Entrada 4	Saída 4	Total Geral
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
23/06 dom	18:48	20:15	21:13	07:02	11:16	08:00	00:00	00:00	11:16	
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
25/06 ter	18:50	20:40	21:40	07:01	11:00	08:00	00:00	00:00	11:00	
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
27/06 qui	18:50	20:25	21:25	07:03	11:00	08:00	00:00	00:00	11:00	
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
29/06 sab	18:45	20:30	21:30	07:04	11:19	08:00	00:00	00:00	11:19	
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
01/07 seg	17:51	20:28	21:29	06:01	10:00	08:00	00:00	00:00	11:09	
02/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
03/07 qua	18:52	20:35	21:35	07:00	11:00	08:00	00:00	00:00	11:00	
04/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
05/07 sex	17:52	20:16	21:15	06:00	10:01	08:00	00:00	00:00	11:09	
06/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
07/07 dom	18:53	20:47	21:47	07:02	11:00	08:00	00:00	00:00	11:00	
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
09/07 ter	18:52	20:21	21:21	07:00	11:00	08:00	00:00	00:00	11:00	
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
11/07 qui	18:53	20:08	21:07	07:01	11:00	08:00	00:00	00:00	11:00	
12/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
13/07 sab	18:53	20:20	21:19	07:00	11:00	08:00	00:00	00:00	11:00	
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
15/07 seg	17:47	20:31	21:30	06:02	10:03	08:00	00:00	00:00	11:16	
16/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
18/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
19/07 sex	17:50	20:36	21:34	06:00	10:02	08:00	00:00	00:00	11:12	
20/07 sab	18:48	20:30	21:31	07:05	11:16	08:00	00:00	00:00	11:16	
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					150:57	112:00	00:00		155:37	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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 C. Loche
 DEBORA CRISTINA LOCHE

09/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 11 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	18:53	20:08	21:04	07:06	11:17	08:00	00:00	11:17
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	18:57	19:39	20:20	07:01	11:23	08:00	00:00	11:23
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	18:50	20:02	20:48	07:06	11:30	08:00	00:00	11:30
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	18:51	20:02	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	18:49	20:08	20:58	07:01	11:22	08:00	00:00	11:22
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	18:50	20:10	21:01	07:00	11:19	08:00	00:00	11:19
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	18:55	19:57	20:52	07:09	11:19	08:00	00:00	11:19
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	18:47	20:57	21:44	07:00	11:26	08:00	00:00	11:26
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	18:51	20:00	20:59	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	18:55	20:12	21:18	07:00	10:59	08:00	00:00	10:59
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	18:47	20:06	21:02	07:00	11:17	08:00	00:00	11:17
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	18:50	20:17	21:08	07:07	11:26	08:00	00:00	11:26
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	18:52	20:17	21:13	07:06	11:18	08:00	00:00	11:18
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					146:36	104:00	00:00	146:36

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com c
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 Oliveira
DANIELA DOS SANTOS DE
OLIVEIRA

05/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 20 de 43
Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

DATA	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhada	Extrada	Extrada 2	Extrada 3
21/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/06 sab	18:55	20:15	21:05	07:05	11:20	08:00	00:00	11:20
23/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/06 seg	18:52	20:00	20:51	07:01	11:18	08:00	00:00	11:18
25/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/06 qua	18:59	19:51	20:53	07:00	10:59	08:00	00:00	10:59
27/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/06 sex	19:00	20:02	20:49	07:04	11:17	08:00	00:00	11:17
29/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/06 dom	18:55	20:02	21:05	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
01/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	18:54	19:56	20:54	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
03/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	18:48	20:09	21:03	07:00	11:18	08:00	00:00	11:18
05/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	18:56	19:58	21:00	07:11	11:00	08:00	00:00	11:00
07/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	18:57	20:06	21:06	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
09/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	18:52	20:00	20:56	07:04	11:16	08:00	00:00	11:16
13/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	18:53	20:06	20:54	07:00	11:19	08:00	00:00	11:19
17/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	18:49	20:07	21:11	07:10	11:17	08:00	00:00	11:17
19/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	18:45	20:09	21:07	07:06	11:23	08:00	00:00	11:23
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					145:27	104:00	00:00	145:27

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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
JOSE LOPES DE OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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 21/06/2019 a 20/07/2019

página 19 de 43

Impresso em 26/07/2019 09:51

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: IZABEL CRISTINA DE SOUZA
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX DE FARMÁCIA

21/06 sex	07:02	13:11	14:09	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
22/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/06 dom	06:47	13:03	14:08	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
24/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/06 ter	06:50	13:26	14:29	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
26/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/06 qui	06:47	13:05	14:26	19:07	10:59	00:00	00:00	10:59
28/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/06 sab	06:59	12:32	13:30	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
30/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/07 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/07 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/07 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/07 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/07 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/07 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 5 folgas/feriados, 20 afastamentos					54:59	00:00	00:00	54:59

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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 C. de Souza
 IZABEL CRISTINA DE SOUZA
 10/8/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

13/08/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19:00 - 07:00	Natália Barros Natália Barros Carlos Eduardo	Dr. Carlos Eduardo Dr. Carlos Eduardo Dr. Carlos Eduardo
14/08/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Francisco Miguel de Barros	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Medico CRM SP 164.871
15/08/19	07 - 13 13 - 19 19 - 02	Lelele Zuit Lelele Zuit Lelele Zuit	Lelele Zuit
16/08/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Carlos Eduardo	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Medico CRM SP 164.871 Dr. Carlos Eduardo de Barros Medico CRM SP 164.871
17/08/19	07 - 13h 13h - 19h 19 - 7h	Bruna Lopes	DRA BRUNA R. LOPES GASTROENTEROLOGO CRM SP 164.871
18/08/19	07 - 13h 13 - 19h 19 - 7h	Bruna Lopes Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes	DRA BRUNA R. LOPES GASTROENTEROLOGO CRM SP 164.871 Dr. Cesar Augusto F. Lopes Medico CRM SP 164.871
19/08/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Natália Barros Carlos Eduardo	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Medico CRM SP 164.871 Dra. Natália Barros Medica CRM SP 164.871 Dr. Carlos Eduardo de Barros Medico CRM SP 164.871
20/08/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19:00 - 07:00	Natália Barros Natália Barros Carlos Eduardo	Dr. Natália Barros Medica CRM SP 164.871 Dr. Carlos Eduardo de Barros Medico CRM SP 164.871
21/08/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Francisco Miguel de Barros	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Medico CRM SP 164.871
22/08/19	07 - 13 13 - 19 19 - 02	Lelele Zuit Lelele Zuit Lelele Zuit	Lelele Zuit
23/08/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Natália Barros	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Medico CRM SP 164.871 Dra. Natália Barros Medica CRM SP 164.871

21/08/2018	07:00 - 13:00	Natália Barreto	Dr. Nathalia Barreto Médico CRM-SP 155355
	13:00 - 19:00	Rodolfo Chaves	
	19:00 - 02:00	Rodolfo Chaves	
25/08/19	7h - 13h	Cesari Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017
	13h - 19h	Cesari Augusto F. Lopes	
	19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes	
	7h - 13h	Cesari Augusto F. Lopes	
26/08/19	13h - 19h	Natália Barreto	Dr. Nathalia Barreto Médico CRM-SP 155355
	19h - 7h	Carlos Eduardo	Dr. Carlos Eduardo Médico CRM-SP 155355
22/08/19	07:00 - 13:00	Natália Barreto	Dr. Nathalia Barreto Médico CRM-SP 155355
	13:00 - 19:00	Natália Barreto	
	19:00 - 02:00	Carlos Eduardo	
26/08/19	7h - 13h	Cesari Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017
	13h - 19h	Cesari Augusto F. Lopes	
	19h - 7h	Francisco	
29/08/19	07 - 13	Lelele 3-5	
	13 - 19	Lelele 3-5	
	19 - 07	Lelele 3-5	
30/08/19	7h - 13h	Cesari Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017
	13h - 19h	Cesari Augusto F. Lopes	
	19h - 7h	Bruna R. Lopes	
31/08/19	07 - 07	Flamini	
01/09/18	7h - 13h	Cesari Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017
	13h - 19h	Cesari Augusto F. Lopes	
	19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes	
02/09/18	7h - 13h	Cesari Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017
	13h - 19h	Cesari Augusto F. Lopes	
	19h - 7h	Carlos Eduardo	
03/09/18	07:00 - 13:00	Natália Barreto	Dr. Nathalia Barreto Médico CRM-SP 155355
	13:00 - 19:00	Natália Barreto	
	19:00 - 02:00	Carlos Eduardo	

04/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Brendon	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM 100.917
02/09/19	10h - 12h	Vinícius Lima	Dr. Vinícius Lima Intensivista - Pneumologista CRM 100.917
04/09/19	10h - 12h	Vinícius Lima	
06/09/19	10h - 12h	Vinícius Lima	
05/09/19	07 - 13 13 - 19 13 - 19	Cláudio Zait Cláudio Zait Cláudio Zait	Cláudio Zait
06/09/19	07 - 13 13 - 19 19 - 07	Cláudio Brito Cláudio Brito Cláudio Brito	Cláudio Brito
07/09/19	07 - 13 13 - 19 19 - 07	Denise Denise Denise	
08/09/19	07 - 13 13 - 19 19 - 07	Adriano Adriano Adriano	
09/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Carlos Eduardo	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM 100.917 Dr. Carlos Eduardo Neurologista CRM - SP 412866
10/09/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19h - 7h	Marina Barreto Marina Barreto Carlos Eduardo	Dr. Marina Barreto Médica CRM - SP 131253 Dr. Carlos Eduardo Neurologista CRM - SP 412866
11/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Brendon	
09/09/19	10 - 12h	Vinícius Lima	
11/09/19	10 - 12h	Vinícius Lima	Francisco
10/09/19	07 - 13 13 - 19 19 - 07	Cláudio Zait Cláudio Zait Cláudio Zait	Cláudio Zait

13/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Anamaria	Dr. Cesari Augusto F. Lopes Médico CRM 120.517
14/09/19	07 07	Anamaria	
15/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes	Dr. Cesari Augusto F. Lopes Médico CRM 120.517
16/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Carlos Eduardo	Dr. Cesari Augusto F. Lopes Médico CRM 120.517
17/09/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00	Nathalia Barreto Nathalia Barreto	Dr. Nathalia Barreto Médica CRM 120.517
18/09/19	07:00 av 13:00 13:00 av 19:00 19:00 av 07:00		
19/09/19	07:00 av 13:00 13:00 av 19:00 19:00 av 07:00		