

Prestação de Contas

Setembro
2019

Mirandópolis



Consultas - Extrato de conta corrente

G338301003356911064
30/09/2019 10:27:06

Ciente - 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
30/08/2019		0000	00000 000	Saldo Anterior			0,00 C
02/09/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	11.939,90 C	
				02/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.201	6.457,90 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.202	5.482,00 D	0,00 C
				TICKET SERVICOS S/A			
03/09/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	44.206,97 C	
				03/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
03/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.301	1.640,88 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.302	1.023,11 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.303	518,13 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.304	498,90 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
03/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.305	852,45 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
03/09/2019		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	90.306	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
05/09/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	77.246,63 C	
				05/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
05/09/2019		0000	13134 250	Folha de Pagamento	43.747	70.178,83 D	
05/09/2019		0000	13105 375	Impostos	90.501	7.067,80 D	0,00 C
				FGTS ARRECADACAO GRF			
09/09/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	5.080,79 C	
				09/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/09/2019		0000	13134 250	Folha de Pagamento	24.628	3.416,61 D	
09/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.901	469,18 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
09/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.902	1.195,00 D	0,00 C
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
13/09/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	17.395,14 C	
				13/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
13/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	91.301	9.500,00 D	
				ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP			
13/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	91.302	553,83 D	
				BANCO SOFISA S/A			
13/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	91.303	1.512,61 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
13/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	91.304	3.957,40 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
13/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	91.305	345,00 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
13/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	91.306	1.526,30 D	0,00 C
				HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
16/09/2019		3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	5.308,58 C	
				16/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
16/09/2019		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	91.601	1.020,80 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			

16/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.602	174,41 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
16/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.603	979,16 D	
		BANCO SOFISA S/A			
16/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.604	2.499,94 D	
		BANCO SOFISA S/A			
16/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.605	564,27 D	
		BANCO SOFISA S/A			
16/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.606	70,00 D	0,00 C
		RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA			
18/09/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	19.095,03 C		
		18/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
18/09/2019	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada 550.058.000.059.599	934,00 D		
		18/09 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C			
18/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.801	2.732,37 D	
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
18/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.802	368,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
18/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.803	506,80 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
18/09/2019	0000	13105 375 Impostos	91.804	4.994,10 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
18/09/2019	0000	13105 375 Impostos	91.805	1.611,00 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
18/09/2019	0000	13105 375 Impostos	91.806	1.108,49 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
18/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.807	99,90 D	
		F B BABETO ME			
18/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.808	647,35 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
18/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.809	103,40 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
18/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	91.810	945,80 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
18/09/2019	0000	13105 196 INSS Arrecada??o	91.811	5.043,82 D	0,00 C
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 08/2019			
23/09/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	15.472,12 C		
		23/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.301	3.950,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.302	2.544,00 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.303	2.568,75 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.304	3.024,72 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.305	812,68 D	
		BANCO SOFISA S/A			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.306	1.571,34 D	
		BANCO SOFISA S/A			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.307	759,91 D	
		BANCO SOFISA S/A			
23/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.308	240,72 D	0,00 C
		AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA			
26/09/2019	0000	14138 632 Ordem Banc?ria 201.909.250.031.586	355.225,83 C		
		463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
26/09/2019	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada 553.062.007.004.231	2.049,62 D		
		26/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/09/2019	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada 553.062.007.004.231	242.476,52 D		
		26/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/09/2019	0000	13134 250 Folha de Pagamento	23.037	3.552,81 D	
26/09/2019	0000	13134 250 Folha de Pagamento	23.038	4.040,50 D	
26/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.601	1.113,88 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
26/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.602	234,60 D	

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA					
26/09/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.603	680,00 D	
BIOMEDICAL					
26/09/2019	0000	13105 393 TED Transf. Eletr. Disponiv	92.604	100.794,90 D	
341 0049 026392666000126 WINTER - GEST					
26/09/2019	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.690.901.726.997	60,00 D	
Cobrança referente a 25/09/2019					
26/09/2019	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.690.903.007.959	70,00 D	
Cobrança referente a 25/09/2019					
26/09/2019	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os	872.690.904.131.975	153,00 D	0,00 C
Cobrança referente a 25/09/2019					
30/09/2019	3062	03062 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	242.476,52 C	
30/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
30/09/2019	0000	00000 999 S A L D O		242.476,52 C	
Saldo				242.476,52 C	
Juros				0,00	
Data de Debito de Juros				30/09/2019	
IOF				0,00	
Data de Debito de IOF				01/10/2019	

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



Emissão de comprovantes - 3o nível

G334061719095617234
06/10/2019 20:44:30

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:19
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090244181075293581658220009580000000645790

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	90.201
DATA DE VENCIMENTO	02/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	02/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	6.457,90
VALOR COBRADO	6.457,90

NR.AUTENTICACAO C.5DC.CEB.239.DB1.6D8

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



NOTA DE DÉBITO

Número
767980-ND

Data de Emissão
24/07/2019

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 32 R\$6.454,00
Ped.:20873929 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 6.454,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
767980-ND	R\$ 6.454,00	02/09/2019

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 767980 de 24/07/2019.

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

mira - VR

29/07/2019

NF-e - Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - São Paulo

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 767980 Série A9, emitido em 24/07/2019		Número da Nota 10891953 Data e Hora de Emissão 25/07/2019 00:42:13 Código de Verificação GGFG-WUYB		
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: 06426-070 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 TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 32 R\$6.454,00 Taxa de Gestão de Cobrança R\$3,90 Ped.:20873929 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM: IRP 1,504-IN/SRP 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44 Data de Vencimento: 02/08/2016 VALOR TOTAL: R\$6.457,90				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 03206 - 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 respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 767980 Série A9, emitido em				

<https://mfe.prefeitura.sp.gov.br/contribuinte/notaprint.aspx?nf=10891953&inscricao=59871202&verificacao=GGFGWUYB>

1/2

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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: 9804936

Realizado em: 23/07/2019

Valor (R\$): 6.454,00

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\$): 6.454,00

Data de Crédito: 01/08/2019

Quantidade de Beneficiários: 32

Data de Entrega: 02/08/2019

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCIOTTO LISBOA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	2	14,00		R\$ 28,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	15	14,00		R\$ 210,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	22	14,00		R\$ 308,00

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.454,00

Data de Crédito: 01/08/2019

Quantidade de Beneficiários: 32

Data de Entrega: 02/08/2019

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
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	14	14,00		R\$ 196,00
394.946.148-52	2154	NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
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	15	14,00		R\$ 210,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
648.129.879-20	64812987920	TANIA MARA BARRETO	UTI MIRANDÓPOLIS	25	14,00		R\$ 350,00
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	13	14,00		R\$ 182,00

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/08/2019	02/08/2019	32	R\$ 6.454,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	32
					R\$ 6.454,00
RESUMO DO PRODUTO					SUBTOTAL
Total de Benefícios					R\$ 6.454,00
TOTAL					R\$ 6.454,00

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:19
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

=====

34191090244175481293581658220009280000000548200

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 90.202

DATA DE VENCIMENTO 02/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 02/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 5.482,00

VALOR COBRADO 5.482,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.9A1.751.B67.F9E.855

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
767046-ND

Data de Emissão
24/07/2019

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.:20873922 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 5.478,10

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
767046-ND	R\$ 5.478,10	02/09/2019

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 767046 de 24/07/2019.

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

VA - Mma

29/07/2019

NF-e - Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - São Paulo

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 767046 Série A9, emitido em 24/07/2019		Número da Nota 10891942 Data e Hora de Emissão 25/07/2019 00:42:13 Código de Verificação BWFP4QDG		
PRESTADOR DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 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: 45.349.461/0001-02 Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 18460-400 Município: Lins UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TA DISPONIBILIZAÇÃO DE BENEFÍCIO QTD 42 R\$5.478,10 Taxa de Gestão de Cobrança R\$3,90 Ped.:20873922 Contrato:2004030046091 IE:ISENTO IM: IRP 1,50%-IN/BRF 177/87 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\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 03206 - 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 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 767046 Série A9, emitido em				

<https://nfe.prefeitura.sp.gov.br/contribuinte/notaprint.aspx?nf=10891942&inscricao=59871202&verificacao=BWFP4QDG>

1/2

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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: 9804814

Realizado em: 23/07/2019

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: 01/08/2019

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega: 02/08/2019

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

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.478,10

Data de Crédito: 01/08/2019

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega: 02/08/2019

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
393.118.558-39	2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERR	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
375.492.158-47	2142	LUIS FERANDO BETONI	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
165.563.288-47	2151	MARIA JOSE CARDOSO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
396.213.588-09	2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO DA SILVANATAL	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
394.946.148-52	2154	NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
648.129.879-20	64812987920	TANIA MARA BARRETO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 353,10
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
259.873.048-81	2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00
408.930.248-05	10307	WILLIAN SOUZA SALADINI	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 125,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTIMIRANDÓPOLIS	01/08/2019	02/08/2019	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

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000079937476001047280010000164088

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 90.301

DATA DE VENCIMENTO 03/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 03/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.640,88

VALOR COBRADO 1.640,88

=====

NR.AUTENTICACAO C.45D.12B.23A.41A.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

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 338705
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3387 0510 0096 1797

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

131193369137385 30/07/2019 11:31:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/07/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

30 JUL 2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 03/09/2019 1.640,88

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.640,88

VALOR DO ICMS

196,89

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.640,88

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

4

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

34,86

PESO LÍQUIDO

34,86

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
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	114,3000	457,20	457,20	54,86		12,00	
19069	HIDROCORTISONA 100MG 50FAM GEN-BLAU LT 19-060259 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19060259, Qtde: 1, Data Fab: 03/07/2019, Data Val: 31/05/2021)	30043210	000	6108	CX	1	122,7700	122,77	122,77	14,73		12,00	
24966	CEFTRIAXONA 1G IV 100FAM GEN-BLAU LT 1906-0607 (1)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19060607, Qtde: 1, Data Fab: 24/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	30042059	000	6108	CX	1	710,0000	710,00	710,00	85,20		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19C3-27 (6)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19C327, Qtde: 6, Data Fab: 13/06/2019, Data Val: 28/02/2021)	30042099	000	6108	TB	6	6,1767	37,06	37,06	4,45		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1918670 (1)07/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1918670, Qtde: 1, Data Fab: 16/07/2019, Data Val: 30/07/2022)	38089429	000	6108	CX	1	41,7000	41,70	41,70	5,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 12...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 98,46

Pedido: 310686

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: 0,07

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/08/2019
ASS. [assinatura]**mercadorias avariadas, ou faltas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento de transportes.**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

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 338705
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3387 0510 0096 1797

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

131193369137385 30/07/2019 11:31:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13447	SOL.DE GLICOSE 5% 24BSA 500ML-BEKE LT B0-230MAI19 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: B0230MAI19, Qtde: 1, Data Fab: 22/07/2019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	000	6108	CX	1	68,4500	68,45	68,45	8,21		12,00	
14079	CLOR.DE SODIO 20% 200AMP 10ML FL-FARMACE LT 19F10607D (1)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19F10607D, Qtde: 1, Data Fab: 16/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	30049099	000	6108	CX	1	36,7600	36,76	36,76	4,41		12,00	
12772	FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR A1 LT AS04219 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: AS04219, Qtde: 1, Data Fab: 29/05/2019, Data Val: 30/03/2021)	30045090	000	6108	CX	1	152,5000	152,50	152,50	18,30		12,00	
24050	QUETIAPINA(QUETIPIN) 25MG 30CPR-CRISTALIA C1 LT 19030243 (3)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19030243, Qtde: 3, Data Fab: 08/04/2019, Data Val: 30/03/2021)	30049079	000	6108	CX	3	4,8133	14,44	14,44	1,73		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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000079937477801049280010000102311

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 90.302

DATA DE VENCIMENTO 03/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 03/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.023,11

VALOR COBRADO 1.023,11

=====

NR.AUTENTICACAO 9.109.E17.CE2.34A.9DF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 338707
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3387 0710 0061 8019

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

131193369137417 30/07/2019 11:31:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

30 JUL 2019

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 03/09/2019 1.023,11

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
1.023,11	83,89	0,00	0,00	1.023,11
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	1.023,11

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 7	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 36,91	PESO LÍQUIDO 36,91

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
24190	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/24-CIEX LT FP2-5619HC (1)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: FP2-5619HC, Qtde: 1, Data Fab: 26/07/2019, Data Val: 01/07/2021)	30051090	000	6108	CX	1	66,6600	66,66	66,66	8,00		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	8,0500	16,10	16,10	1,93		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	
11612	SERINGA DESC.03ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLA313A (1)12/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLA313A, Qtde: 1, Data Fab: 29/05/2019, Data Val: 30/12/2023)	90183119	200	6108	CX	1	10,5100	10,51	10,51	0,42		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14/15...
ITENS 4 a 6,8 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 100,27

Pedido: 310694

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota: 3 Cubagem: 0,23

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/08/2019
ASS. *Rms***Merchandises avariadas, ou raltas
serão repostas se forem relacionadas****do conhecimento de transportes.**Convenio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Cassiano 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 338707
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0711 2060 9900 0107 5500 1000 3387 0710 0061 8019

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

131193369137417 30/07/2019 11:31:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0232 (4)06/23 SSSLAA0234 (2)06/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0232, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 30/06/20- 23 / Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0234, Qtde: 2 ,Data Fab: 12/03/2019, Data Val: 30/06/2023)	90183119	200	6108	CX	6	20,8400	125,04	125,04	5,00		4,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0339 (12)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0339, Qtde: 12 ,Data Fab: 11/04/201- 9, Data Val: 30/01/2024)	90183119	200	6108	CX	12	17,5875	211,05	211,05	8,44		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	138,9550	277,91	277,91	33,35		12,00	
25969	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/10-TALGE LT TLNMT010 (1)02/24 (Fornecedor: 4, Lote: TLNMT010, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 28/02/2024)	40151900	200	6108	CX	1	139,3900	139,39	139,39	5,58		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 Miranópolis
Tipo Despesa: Custeio

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000079937475101046680010000051813

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 90.303

DATA DE VENCIMENTO 03/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 03/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 518,13

VALOR COBRADO 518,13

=====

NR.AUTENTICACAO 4.5CB.BE0.BB2.E16.318

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 HOSP. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 21606
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO.

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0216 0610 0008 4703

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

135190545835875 30/07/2019 16:39:11

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
30/07/2019ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
30 JUL 2019MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FAIXA / DUPLICATA

001 03/09/2019 518,13

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
364,13	65,54	0,00	0,00	518,13
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				518,13

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

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO
SAO PAULOUF
SPINSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

24,97 24,97

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR (Fornecedor: 2080, Lote: 05219806AAAA, Qtde: 6, Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/12/2020)	90181100	200	5102	PCT	6	10,6417	63,85	63,85	11,49		18,00	
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO (Fornecedor: 261, Lote: 52, Qtde: 2, Data Fab: 28/05/2019, Data Val: 28/05/2024)	44219900	000	5102	PCT	2	2,2800	4,56	4,56	0,82		18,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-TALGE (Fornecedor: 1695, Lote: TMTW045, Qtde: 4, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/20- 24)	63079010	200	5102	PCT	4	3,9075	15,63	15,63	2,81		18,00	
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9- 5(PFF2) (Fornecedor: 918, Lote: SMNSAA000- 4, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2018, Data Val: 30/06/2023)	63079010	200	5102	CX	1	32,0000	32,00	32,00	5,76		18,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20- 0-TKL (Fornecedor: 992, Lote: Z2C165D8, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/03/2024)	90183999	200	5102	CX	1	37,5400	37,54	37,54	6,76		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 4. Rota R0 possui 1
volume(s), rota R2 possui 3 volume(s) #R0V1R2V3..
ITEM 7 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 7 ICMS-ST retido por operação anterior base: 147,28 valor: 14,02
Pedido: 21764

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

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

Rcta....: 3 Cubagem: 0,20

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/08/2019
ASS. kms**MERCADORIA AVARIADA E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

Supermed

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 21606
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0216 0610 0008 4703

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

135190545835875 30/07/2019 16:39:11

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22958	COL.UR.2000ML SF C/VALV C/4- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SBUAAA0019, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 31/03/2024)	39269030	700	5102	CX	1	99,5000	99,50	99,50	17,91		18,00	
25489	PRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE- RIATRIC LT 10560 (2) 01/2022 (Fornecedor: 7983, Lote: 10560, Qtde: 2 ,Data Fab: 15/- 01/2019, Data Val: 15/01/2022)	96190000	060	5405	FD	2	77,0000	154,00					
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REP.10102141 (Fornecedor: 9657, Lote: 511- 36, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2023)	90183929	000	5102	PCT	10	5,8850	58,85	58,85	10,59		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310015C (1) 06/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310015C, Qtde: 1 ,Data Fab: 03/0- 6/2019, Data Val: 03/06/2024)	48191000	000	5102	CX	1	52,2000	52,20	52,20	9,40		18,00	

Convenio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
UGE 03019r - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brancí Faria de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190611919669193359000002034312280040000049890

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 90.304

NOSSO NUMERO 6119966919

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 06/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 03/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 498,90

VALOR COBRADO 498,90

=====

NR.AUTENTICACAO 7.AD4.86B.0F8.403.7FD

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 1023364
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0704 0278 9400 0326 5500 1001 0233 6410 0023 7260

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

152192372722611 23/07/2019 14:45:50

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

23/07/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

23/07/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

14:34

FATURA / DUPLICATA

001 06/09/2019 498,90

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

423,02

VALOR DO ICMS

47,27

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

498,90

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

498,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

VEICULO PROPRIO

ENDEREÇO

AV. JOSE SEVERINO, 3530

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

GO

CNPJ/CPF

04027894000326

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

NÚMERO

PESO BRUTO

6,00

PESO LÍQUIDO

6,00

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
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	
26394	LEVOTIROXINA SODICA 25MCG C/30CP GEN -MERCK (Lote: BR109764, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2020)	30043981	520	6108	CX	2	3,2500	6,50	5,42	0,65		12,00	
19991	AMICACINA 250MG 50/2ML GEN - TEUTO (Lote: 9070072, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2021)	30049099	020	6108	CX	1	67,6000	67,60	56,33	6,76		12,00	
47450	CEFTRIAXONA IV 1G C/50 F/A GEN - TEUTO (Lote: 96320027, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2021)	30049099	520	6108	CX	1	345,7000	345,70	288,07	34,57		12,00	
2295	NISTATINA CR 60GR + APLIC. GEN - NEO QUIMICA (Lote: B19D2612, Qtde: 6, Dt Val: 31/05/2021)	30049099	020	6108	TB	6	5,9000	35,40	29,50	3,54		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. Custo

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 Convênio 0107 2017
ITENS 2 a 5 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1 ISENTA DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79
ITENS 2 a 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 2 a 5 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 6,12
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 51,15, Federal, R\$ 3,88, Estadual, R\$ 47,27
Pedido: 1089160
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 24/07/19
ASS. Podara

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:19
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190611919674993359200002034312180040000085245

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 90.305

NOSSO NUMERO 6119967499

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 06/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 03/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 852,45

VALOR COBRADO 852,45

=====

NR.AUTENTICACAO 1.B4D.A2D.0B3.EE2.DC6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA									
RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO - SANTOS, SP, CEP:11075330, Fone:13-3228-8700				0-ENTRADA 1-SAIDA		1							
				Nº 246129 SERIE 1 FOLHA 1/1		CHAVE DE ACESSO 3519 0704 0278 9400 0164 5500 1000 2461 2910 0048 2424							
						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 135190526205307 23/07/2019 15:26:09									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 633.565.182.110		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 04.027.894/0001-64									
DESTINATÁRIO / REMETENTE				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 23/07/2019							
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)				BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400							
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303				MUNICÍPIO LINS		FONE/FAX 1435325198							
				UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
						HORA DA SAÍDA 15:24							
FATURA / DUPLICATA													
001 06/09/2019 852,45													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 833,35		VALOR DO ICMS 105,41		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00							
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 852,45							
		DESCONTO		VALOR TOTAL DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 852,45							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE		FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO							
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 31		MUNICÍPIO SANTOS		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO							
QUANTIDADE 1		ESPÉCIE CAIXAS		MARCA		PESO BRUTO 6,00							
				NÚMERO		PESO LÍQUIDO 6,00							
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
28934	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML C/6 BOLSA GEN-SANOBIOL (Lote: 19055032, Qtde: 3, Dt Val: 31/05/2021)	30049099	000	5102	CX	3	91,5500	274,65	274,65	32,96		12,00	
34904	MEROPENEM IV 1G C/25 GEN - BIOCHIMICO (Lote: 8553, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2020)	30042099	000	5102	CX	1	468,5500	468,55	468,55	56,22		12,00	
35071	CLOR.TRAMADOL 50MG 50/1ML GEN - NOVA-FARMA A2 (Lote: 78MD0945, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2020)	30049039	520	5102	CX	1	31,2500	31,25	12,15	2,19		18,00	
11458	COMPR.GAZE 7,5X7,5 09F C/500 KARINA - AMERICA (Lote: 0784, Qtde: 6, Dt Val: 31/07/2024)	30059090	000	5102	PCT	6	13,0000	78,00	78,00	14,04		18,00	
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde JGE 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio													
DADOS ADICIONAIS								RESERVADO AO FISCO					
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 3 Redução de Base cf. artigo 3º, XXIV do AnexoII, do RICMS/00 SP ITEM 4 ISENTO DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79 ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00 VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 111,33, Federal, R\$ 5,92, Estadual, R\$ 105,41 Pedido: 442348 Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)								AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 24/07/19 ASS. <u>Prodan</u>					

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14
VALOR: R\$ 39.673,50
DEBITO EM: 03/09/2019

=====

DOCUMENTO: 090306
AUTENTICACAO SISBB: 6.FF2.810.AEE.22C.387

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

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e		Número da Nota	
			00000010	
20190903u34298678000114		Data e Hora de Emissão		03/09/2019 09:31:52
		Código de Verificação		PWUK-7QRW
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 ADMINISTRATIVOS, RH E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI DO HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS/SP. REF. 08/2019 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: 10/10/2019;				

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

03/09/19
 211

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.653,68
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.763,64
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAI	295.556.788-47	2.847,39
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.635,89
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.653,68
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.387,66
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.618,10
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.420,07
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	218.471.208-65	1.618,11
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.452,28
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	1.635,89
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.653,68
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.420,07
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.438,06
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.420,07
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	122,42
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.252,97
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.653,68
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	393.118.558-39	2.557,48
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.420,07
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.811,23
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FER	427.001.668-09	1.420,07
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.618,10
2142	LUIS FERNANDO BETONI	375.492.158-47	2.373,44
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.420,07
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.282,62
2151	MARIA JOSE CARDOSO	165.563.288-47	1.618,10
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	396.213.588-09	2.434,49
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.420,07
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	2.403,44
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.581,94
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.420,07
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.463,44
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.482,94
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.653,68
2159	SONIA MARIA RIZZO	101.480.718-21	1.420,07
2815	TANIA MARA BARRETO	648.129.879-20	1.420,07
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	1.894,18
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.438,07
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	259.873.048-81	2.855,72
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	408.930.248-05	122,13
Empregados: 41			
Estagiários: 0			
Contribuintes: 0			
Total da Empresa:			70.178,83

MIRANDOPOLIS, 03/09/2019

Responsável:

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 1/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2329 ALCIONE BOGAZ Situação: Trabalhando CPF: 328.629.558-25 PIS: 128.78920.15-7
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 16/01/2018 CTPS/Série: 83878/00240
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

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

ND: 1 Proventos: 1.817,23 Descontos: 163,55 Informativa: 145,37 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.653,68
 NF: 1 Base INSS: 1.817,23 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.817,23 Valor FGTS: 145,37 Base IRRF: 1.464,09

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	11,00	346,38 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	38,96 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	498,99 P			

ND: 2 Proventos: 3.148,98 Descontos: 385,34 Informativa: 251,91 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.763,64
 NF: 2 Base INSS: 3.148,98 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.148,98 Valor FGTS: 251,91 Base IRRF: 2.423,42

Empr.: 2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN Situação: Trabalhando CPF: 295.556.788-47 PIS: 133.59258.89-3
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 63679/00240
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	11,00	362,43 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	28,03 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	85,07 D
150 HORAS EXTRAS	10,47	189,17 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	427,70 P			

ND: 0 Proventos: 3.294,89 Descontos: 447,50 Informativa: 263,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.847,39
 NF: 0 Base INSS: 3.294,89 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.294,89 Valor FGTS: 263,59 Base IRRF: 2.932,46

Empr.: 2122 ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA Situação: Férias CPF: 214.220.888-63 PIS: 180.90148.36-6
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 083050/00154
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

805 MEDIA VALOR FERIAS	16,33	16,33 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.908,32 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	12,91	12,91 P	812 INSS FERIAS	9,00	188,73 D
807 VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	524,26 P			
8783 DIAS FERIAS	30,00	1.343,95 P			

ND: 2 Proventos: 2.097,05 Descontos: 2.097,05 Informativa: 167,76 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
 NF: 2 Base INSS: 2.097,05 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.097,05 Valor FGTS: 167,76 Base IRRF: 0,00

FERIAS DE 01/08/2019 - 30/08/2019

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95 P	998 I.N.S.S.	9,00	161,79 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13 P			

ND: 0 Proventos: 1.797,68 Descontos: 161,79 Informativa: 143,81 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.635,89
 NF: 0 Base INSS: 1.797,68 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.797,68 Valor FGTS: 143,81 Base IRRF: 1.635,89

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 2/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	27,00	1.209,55 P	998 I.N.S.S.	9,00	163,55 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	3,00	134,40 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	19,96 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68 P			

ND: 3 Proventos: 1.817,23 Descontos: 163,55 Informativa: 145,37 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.653,68
 NF: 1 Base INSS: 1.817,23 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.817,23 Valor FGTS: 145,37 Base IRRF: 1.084,91
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 20/08/2019 a 22/08/2019

Empr.: 2336 BIANCA CAETANO COSTA Situação: Trabalhando CPF: 301.663.768-50 PIS: 128.98626.17-3
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 17/01/2018 CTPS/Série: 47168/00315
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	9,00	238,49 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	23,84 D

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ND: 1 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07
 NF: 0 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.230,48
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 15/08/2019 a 16/08/2019

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 3/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

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

ND: 0 Proventos: 1.778,14 Descontos: 160,03 Informativa: 142,25 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.618,11
 NF: 0 Base INSS: 1.778,14 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.778,14 Valor FGTS: 142,25 Base IRRF: 1.618,11

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

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.343,95 P 998 I.N.S.S. 9,00 161,79 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 104,00 254,13 P

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

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

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

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

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

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

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

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 4/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES Situação: Trabalhando CPF: 095.608.758-25 PIS: 126.22542.14-5
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 040637/00115
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

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

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

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

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

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

Empr.: 2127 ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 379.629.418-98 PIS: 207.86720.36-5
 Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 43592/00315
 CC: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.145,66

8781 DIAS NORMAIS 3,00 114,57 P 937 ADIANTAMENTO DE FERIAS 0,00 1.505,92 D
 805 MEDIA VALOR FERIAS 14,70 14,70 P 812 INSS FERIAS 9,00 148,93 D
 806 MEDIA HORAS FERIAS 15,71 15,71 P 821 INSS DIFERENCA FERIAS 9,00 1,35 D
 807 VANTAGENS FERIAS 179,64 179,64 P 998 I.N.S.S. 8,00 10,76 D
 931 1/3 DAS FERIAS 33,33 413,71 P
 8783 DIAS FERIAS 27,00 1.031,09 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 19,96 P

ND: 0 Proventos: 1.789,38 Descontos: 1.666,96 Informativa: 143,14 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 122,42
 NF: 0 Base INSS: 1.789,38 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.789,38 Valor FGTS: 143,14 Base IRRF: 122,42
 FERIAS DE 05/08/2019 - 03/09/2019

Empr.: 2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 095.493.888-75 PIS: 169.20547.00-8
 Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 21909/00115
 CC: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.145,66

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.145,66 P 998 I.N.S.S. 8,00 108,95 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 8,00 16,66 P

ND: 0 Proventos: 1.361,92 Descontos: 108,95 Informativa: 108,95 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.252,97
 NF: 0 Base INSS: 1.361,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.361,92 Valor FGTS: 108,95 Base IRRF: 1.252,97

Empr.: 2139 JOSE LOPES DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 061.725.928-31 PIS: 122.35412.21-3
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 40474/00048
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

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

ND: 2 Proventos: 1.817,23 Descontos: 163,55 Informativa: 145,37 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.653,68
 NF: 1 Base INSS: 1.817,23 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.817,23 Valor FGTS: 145,37 Base IRRF: 1.274,50

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 5/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	9,00	258,17 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	52,98 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	33,46	218,64 P			

ND: 0 Proventos: 2.868,63 Descontos: 311,15 Informativa: 229,49 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.557,48
NF: 0 Base INSS: 2.868,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.868,63 Valor FGTS: 229,49 Base IRRF: 2.610,46

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

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			

ND: 0 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07
NF: 0 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.420,07
Licença maternidade: 22/07/2019 a 18/11/2019

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	11,00	346,49 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	60,97	60,97 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	53,24 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P			

ND: 1 Proventos: 3.210,96 Descontos: 399,73 Informativa: 251,99 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.811,23
NF: 1 Base INSS: 3.149,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.149,99 Valor FGTS: 251,99 Base IRRF: 2.613,91

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

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.299,15 P	998 I.N.S.S.	8,00	123,48 D
8870 DIAS AFAST. P/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			

ND: 0 Proventos: 1.543,55 Descontos: 123,48 Informativa: 123,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.420,07
NF: 0 Base INSS: 1.543,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.543,55 Valor FGTS: 123,48 Base IRRF: 1.420,07
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 17/08/2019 a 17/08/2019

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

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

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

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 6/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	15,00	1.225,20 P	998 I.N.S.S.	9,00	238,49 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	15,00	1.225,19 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	38,06 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	99,80 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	99,80 P			

ND: 0 Proventos: 2.649,99 Descontos: 276,55 Informativa: 211,99 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.373,44
NF: 0 Base INSS: 2.649,99 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.649,99 Valor FGTS: 211,99 Base IRRF: 2.411,50
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 15/08/2019 a 23/08/2019
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 24/08/2019 a 29/08/2019

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

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			

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.194,55 P	998 I.N.S.S.	8,00	111,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			

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

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

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	9,00	245,02 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	43,01 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	11,10	72,53 P			

ND: 0 Proventos: 2.722,52 Descontos: 288,03 Informativa: 217,80 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.434,49
NF: 0 Base INSS: 2.722,52 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.722,52 Valor FGTS: 217,80 Base IRRF: 2.477,50

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 7/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 434.914.478-10 PIS: 204.97661.73-4
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 25/01/2019 CTPS/Série: 097817/00439
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

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

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

Empr.: 2154 NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 394.946.148-52 PIS: 203.20306.87-3
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 072068/00400
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

8781 DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71 P	998 I.N.S.S.	9,00	241,70 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	1,00	81,68 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	40,49 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,65 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	35,64 P			

ND: 0 Proventos: 2.685,63 Descontos: 282,19 Informativa: 214,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.403,44
 NF: 0 Base INSS: 2.685,63 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.685,63 Valor FGTS: 214,85 Base IRRF: 2.443,93
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 14/08/2019 a 14/08/2019

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95 P	998 I.N.S.S.	8,00	137,55 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	175,94 P			

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

Empr.: 2164 PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA Situação: Trabalhando CPF: 305.075.078-27 PIS: 236.45761.69-8
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 59107/00240
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

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

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

Empr.: 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA Situação: 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
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.450,39

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	9,00	248,12 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	45,36 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	106,93 P			

ND: 0 Proventos: 2.756,92 Descontos: 293,48 Informativa: 220,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.463,44
 NF: 0 Base INSS: 2.756,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.756,92 Valor FGTS: 220,55 Base IRRF: 2.508,80

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 8/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66 P	998 I.N.S.S.	8,00	128,95 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	266,63 P			

ND: 1	Proventos:	1.611,89	Descontos:	128,95	Informativa:	128,95	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.482,94
NF: 1	Base INSS:	1.611,89	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.611,89	Valor FGTS:	128,95	Base IRRF:	1.293,35

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 22/08/2019 a 05/09/2019

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

294 PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.889,23 D
8781 DIAS NORMAIS	10,00	925,28 P	812 INSS FERIAS	11,00	393,74 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	439,33	439,33 P	821 INSS DIFERENÇA FERIAS	11,00	45,92 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	92,53 P	998 I.N.S.S.	8,00	122,45 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	664,30	664,30 P	942 IRRF FERIAS	27,50	296,51 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	36,69	36,69 P			
807 VANTAGENS FERIAS	133,07	133,07 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	894,87 P			
8783 DIAS FERIAS	20,00	1.850,55 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	66,53 P			
27 ADICIONAL RT	1.061,58	353,86 P			

ND: 0	Proventos:	5.642,03	Descontos:	3.747,85	Informativa:	408,80	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.894,18
NF: 0	Base INSS:	5.110,17	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	5.110,17	Valor FGTS:	408,80	Base IRRF:	1.362,32

FERIAS DE 12/08/2019 - 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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 9/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	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			

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	11,00	360,58 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	61,79 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	4,30	28,10 P			
27 ADICIONAL RT	600,00	600,00 P			

ND: 1 Proventos: 3.278,09 Descontos: 422,37 Informativa: 262,24 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.855,72
 NF: 1 Base INSS: 3.278,09 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.278,09 Valor FGTS: 262,24 Base IRRF: 2.727,92

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

806 MEDIA HORAS FERIAS	339,75	339,75 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.370,46 D
807 VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60 P	812 INSS FERIAS	11,00	438,49 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	996,58 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	11,00	4,12 D
8783 DIAS FERIAS	30,00	2.450,39 P	998 I.N.S.S.	8,00	10,97 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	21,00	137,22 P	942 IRRF FERIAS	15,00	177,37 D

ND: 0 Proventos: 4.123,54 Descontos: 4.001,41 Informativa: 329,87 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 122,13
 NF: 0 Base INSS: 4.123,54 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.123,54 Valor FGTS: 329,87 Base IRRF: 122,13
 FERIAS DE 01/08/2019 - 30/08/2019

Total Geral Proventos:	91.590,35	Total Geral Descontos:	21.411,52
		Líquido Geral:	70.178,83

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	760,00	7.125,72 P	812 INSS FERIAS	40,00	1.169,89 D
27 ADICIONAL RT	2.161,58	1.453,86 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	31,00	51,39 D
150 HORAS EXTRAS	10,47	189,17 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	9.673,93 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	500,30	500,30 P	942 IRRF FERIAS	42,50	473,88 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	92,53 P	998 I.N.S.S.	357,00	6.909,64 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.797,86	5.072,36 P	999 IMPOSTO DE RENDA	82,50	482,80 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	28,03 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.649,99 D
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P			
805 MEDIA VALOR FERIAS	695,33	695,33 P			
806 MEDIA HORAS FERIAS	405,06	405,06 P			
807 VANTAGENS FERIAS	711,91	711,91 P			
931 1/3 DAS FERIAS	133,32	2.829,42 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	40,00	399,20 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	20,00	199,60 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.071,00	58.166,53 P			
8783 DIAS FERIAS	107,00	6.675,98 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	60,00	2.687,90 P			
8785 DIAS AFAST. INSS (P/DOENCA)	30,00	2.450,39 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	22,00	1.575,67 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	100,00	146,37 P			

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

Líquido Geral: 70.178,83

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2019

Página: 10/10
Emissão: 30/08/2019
Horas: 10:38:22

Empregados

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	43	Salário contribuição empregados:	88.347,53	Base IRRF Mensal:	65.897,82
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	482,80
Trabalhando:	38	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	9.768,63
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	88.347,53	Valor IRRF Férias:	473,88
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	8.130,92	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	2	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	1	Sub-Total:	8.130,92	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	3.087,10	Valor Total do IRRF:	956,68
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	2	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	88.347,53
Mandato sindical:	0	Total:	5.043,82	Valor do FGTS:	7.067,58
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	5.043,82	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	0			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: 70.178,83

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.653,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 cinquenta e três reais e sessenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	1.653,68	
conta corrente: 108306-6			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.464,09	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	1.653,68	
conta corrente: 108306-6			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.464,09	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.763,64 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 sessenta e três reais e sessenta 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	498,99		
998	I.N.S.S.	11,00		346,38	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		38,96	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.148,98	385,34	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.763,64	
conta corrente: 198732-1			Agência: 0178 - 3		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.148,98	3.148,98	251,91	2.423,42	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	498,99		
998	I.N.S.S.	11,00		346,38	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		38,96	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.148,98	385,34	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.763,64	
conta corrente: 198732-1			Agência: 0178 - 3		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.148,98	3.148,98	251,91	2.423,42	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. Custo



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.847,39 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 oitocentos e quarenta e sete reais e trinta 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	28,03		
150	HORAS EXTRAS	10,47	189,17		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	427,70		
998	I.N.S.S.	11,00		362,43	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		85,07	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.294,89	447,50	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.847,39	
conta corrente: 19432-8			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.294,89	3.294,89	263,59	2.932,46	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	28,03		
150	HORAS EXTRAS	10,47	189,17		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	427,70		
998	I.N.S.S.	11,00		362,43	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		85,07	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.294,89	447,50	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.847,39	
conta corrente: 19432-8			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.294,89	3.294,89	263,59	2.932,46	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 09/0196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.653,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 cinquenta e três reais e sessenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.209,55		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	134,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	19,96		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.653,68	
conta corrente: 20148-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.084,91	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.209,55		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	134,40		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	19,96		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.653,68	
conta corrente: 20148-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.084,91	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.387,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3			Valor Líquido ➡	2.387,66	
Agência: 448 - 0					
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	2.221,91	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3			Valor Líquido ➡	2.387,66	
Agência: 448 - 0					
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	2.221,91	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.618,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,13	160,03	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.618,10	
conta corrente: 19425-5			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.428,51	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,13	160,03	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.618,10	
conta corrente: 19425-5			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.778,13	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.254,35		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	89,60		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	186,29		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,31		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta: 20619-9					
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	1.230,48	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 28 DE SETEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.254,35		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	89,60		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	186,29		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,31		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta: 20619-9					
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	1.230,48	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 28 DE SETEMBRO ***

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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.618,11 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 dezoito reais e onze 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,14	160,03	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	1.618,11	
conta salário: 20671-7			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,96	1.778,14	1.778,14	142,25	1.618,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,96		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,14	160,03	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	1.618,11	
conta salário: 20671-7			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,96	1.778,14	1.778,14	142,25	1.618,11	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.452,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	233,30		
998	I.N.S.S.	8,00		126,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.578,56	126,28	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.452,28	
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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	233,30		
998	I.N.S.S.	8,00		126,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.578,56	126,28	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.452,28	
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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.635,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
Folha Mensal Agosto de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	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: 7621-X Agência: 448 - 0			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.343,95	1.797,68
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.797,68	1.256,71
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			143,81	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
Folha Mensal Agosto de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	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: 7621-X Agência: 448 - 0			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.343,95	1.797,68
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.797,68	1.256,71
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			143,81	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.653,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 seiscentos e cinquenta e três reais e sessenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.653,68	
conta corrente: 14727-3			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.653,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.653,68	
conta corrente: 14727-3			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.653,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.438,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	19,55		
998	I.N.S.S.	8,00		125,04	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.563,10	125,04	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.438,06	
conta corrente: 108275-2					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.563,10	1.563,10	125,04	1.438,06	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	19,55		
998	I.N.S.S.	8,00		125,04	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.563,10	125,04	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.438,06	
conta corrente: 108275-2					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.563,10	1.563,10	125,04	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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0			Valor Liquido ➡	1.420,07	
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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0			Valor Liquido ➡	1.420,07	
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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 122,42 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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.

(Cento e vinte e dois reais e quarenta e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	3,00	114,57		
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,70	14,70		
806	MEDIA HORAS FERIAS	15,71	15,71		
807	VANTAGENS FERIAS	179,64	179,64		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	413,71		
8783	DIAS FERIAS	27,00	1.031,09		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	19,96		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.505,92	
812	INSS FERIAS	9,00		148,93	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		1,35	
998	I.N.S.S.	8,00		10,76	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.789,38	1.666,96	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	122,42	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66	1.789,38	1.789,38	143,14	122,42	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	3,00	114,57		
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,70	14,70		
806	MEDIA HORAS FERIAS	15,71	15,71		
807	VANTAGENS FERIAS	179,64	179,64		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	413,71		
8783	DIAS FERIAS	27,00	1.031,09		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	19,96		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.505,92	
812	INSS FERIAS	9,00		148,93	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		1,35	
998	I.N.S.S.	8,00		10,76	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.789,38	1.666,96	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	122,42	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66	1.789,38	1.789,38	143,14	122,42	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.252,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e duzentos e cinquenta e dois 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	16,66		
998	I.N.S.S.	8,00		108,95	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.361,92	108,95	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.252,97	
conta corrente: 19436-0					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66	1.361,92	1.361,92	108,95	1.252,97	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	16,66		
998	I.N.S.S.	8,00		108,95	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.361,92	108,95	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.252,97	
conta corrente: 19436-0					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66	1.361,92	1.361,92	108,95	1.252,97	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.653,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.653,68	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.274,50	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.653,68	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.274,50	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.557,48 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 quinhentos e cinquenta e sete reais e quarenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	33,46	218,64		
998	I.N.S.S.	9,00		258,17	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		52,98	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.868,63	311,15	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	2.557,48	
conta poupança: 25625-0			⇒		
Agência: 0273 - 9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.868,63	2.868,63	229,49	2.610,46	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	33,46	218,64		
998	I.N.S.S.	9,00		258,17	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		52,98	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.868,63	311,15	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	2.557,48	
conta poupança: 25625-0			⇒		
Agência: 0273 - 9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.868,63	2.868,63	229,49	2.610,46	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.343,95		
8011	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	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.420,07	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.343,95		
8011	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	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.420,07	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.811,23 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 oitocentos e onze reais e vinte e três centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	60,97	60,97		
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	
			3.210,96	399,73	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	2.811,23	
conta salário: 20679-2					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.149,99	3.149,99	251,99	2.613,91	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	60,97	60,97		
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	
			3.210,96	399,73	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	2.811,23	
conta salário: 20679-2					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.149,99	3.149,99	251,99	2.613,91	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.299,15		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	44,80		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 19003-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.299,15		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	44,80		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 19003-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.618,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,13	160,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Liquido ➡	1.618,10	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.618,10	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,13	160,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Liquido ➡	1.618,10	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.618,10	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.373,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2142	LUIS FERNANDO BETONI	223605	600	1	
FISIOTERAPEUTA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	1.225,20		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	1.225,19		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	99,80		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	99,80		
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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.373,44	
conta corrente: 19422-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99	2.411,50	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2142	LUIS FERNANDO BETONI	223605	600	1	
FISIOTERAPEUTA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	15,00	1.225,20		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	1.225,19		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	99,80		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	99,80		
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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.373,44	
conta corrente: 19422-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.649,99	2.649,99	211,99	2.411,50	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.343,95		
8011	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 19415-8			⇒		
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	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.343,95		
8011	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 19415-8			⇒		
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	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.282,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1	
AUX. ADMINIST.		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.194,55		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		111,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.394,15	111,53	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.282,62	
conta corrente: 16147-0					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.194,55	1.394,15	1.394,15	111,53	1.282,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1	
AUX. ADMINIST.		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.194,55		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		111,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.394,15	111,53	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.282,62	
conta corrente: 16147-0					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.194,55	1.394,15	1.394,15	111,53	1.282,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.618,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2151	MARIA JOSE CARDOSO	322205	600	1	
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,13	160,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 6112-3 Agência: 6795 - 4			Valor Líquido ➡	1.618,10	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.618,10	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2151	MARIA JOSE CARDOSO	322205	600	1	
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	234,58		
998	I.N.S.S.	9,00		160,03	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.778,13	160,03	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 6112-3 Agência: 6795 - 4			Valor Líquido ➡	1.618,10	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.778,13	1.778,13	142,25	1.618,10	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.434,49 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NAIRA LARISSA GUIMARAES F, na conta 19.417, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e quatrocentos e trinta e quatro reais e quarenta 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	11,10	72,53		
998	I.N.S.S.	9,00		245,02	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		43,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.722,52	288,03	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	2.434,49	
conta corrente: 19417-4					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.722,52	2.722,52	217,80	2.477,50	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	11,10	72,53		
998	I.N.S.S.	9,00		245,02	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		43,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.722,52	288,03	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	2.434,49	
conta corrente: 19417-4					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.722,52	2.722,52	217,80	2.477,50	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA PAZINATO DA SILVA, na conta 26.458, agência 0373 do banco 001.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 26458-X					
Agência: 373 - 5					
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	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 26458-X					
Agência: 373 - 5					
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	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.403,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 quatrocentos 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	81,68		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	35,64		
998	I.N.S.S.	9,00		241,70	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,49	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.685,63	282,19	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.403,44	
conta corrente: 19553-7			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.685,63	2.685,63	214,85	2.443,93	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.368,71		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	81,68		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	35,64		
998	I.N.S.S.	9,00		241,70	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,49	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.685,63	282,19	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.403,44	
conta corrente: 19553-7			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.685,63	2.685,63	214,85	2.443,93	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.581,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA ADRIANA FERREIRA, na conta 19.428, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	175,94		
998	I.N.S.S.	8,00		137,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.719,49	137,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.581,94	
conta corrente: 19428-X					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.719,49	1.719,49	137,55	1.581,94	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	175,94		
998	I.N.S.S.	8,00		137,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.719,49	137,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.581,94	
conta corrente: 19428-X					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.719,49	1.719,49	137,55	1.581,94	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 7812-3			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.230,48	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta corrente: 7812-3			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.463,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 quatrocentos e sessenta 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	106,93		
998	I.N.S.S.	9,00		248,12	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,36	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.756,92	293,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.463,44	
conta corrente: 19439-5			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.756,92	2.756,92	220,55	2.508,80	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	106,93		
998	I.N.S.S.	9,00		248,12	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,36	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.756,92	293,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.463,44	
conta corrente: 19439-5			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	2.756,92	2.756,92	220,55	2.508,80	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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.482,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 oitenta e dois 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1	
AUX. ADM. FARMACIA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	266,63		
998	I.N.S.S.	8,00		128,95	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.611,89	128,95	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.482,94	
conta corrente: 19429-8			⇒		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66		1.611,89	1.611,89	1.293,35	0,00
		FGTS do Mês			
		128,95			

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1	
AUX. ADM. FARMACIA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.145,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	266,63		
998	I.N.S.S.	8,00		128,95	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.611,89	128,95	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.482,94	
conta corrente: 19429-8			⇒		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.145,66		1.611,89	1.611,89	1.293,35	0,00
		FGTS do Mês			
		128,95			

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

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.653,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a RICARDO DE CARVALHO, na conta 19.423, agência 0448 do banco 001.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2157	RICARDO DE CARVALHO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.653,68	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.653,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2157	RICARDO DE CARVALHO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	273,68		
998	I.N.S.S.	9,00		163,55	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.817,23	163,55	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.653,68	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.817,23	1.817,23	145,37	1.653,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2159	SONIA MARIA RIZZO	322205	600	1	
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 199303-8 Agência: 448 - 0			Valor Liquido ➡	1.420,07	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2159	SONIA MARIA RIZZO	322205	600	1	
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 199303-8 Agência: 448 - 0			Valor Liquido ➡	1.420,07	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.420,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2815	TANIA MARA BARRETO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		05/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta poupança: 110529-9			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2815	TANIA MARA BARRETO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		05/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		123,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.543,55	123,48	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.420,07	
conta poupança: 110529-9			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.543,55	1.543,55	123,48	1.420,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.894,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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.

(Um mil e oitocentos e noventa e quatro reais e dezoito 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2019

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 33 THAIS BOARETO DA SILVA 223525 600 1
 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Admissão: 15/09/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	10,00	925,28	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	439,33	439,33	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	92,53	
805	MEDIA VALOR FERIAS	664,30	664,30	
806	MEDIA HORAS FERIAS	36,69	36,69	
807	VANTAGENS FERIAS	133,07	133,07	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	894,87	
8783	DIAS FERIAS	20,00	1.850,55	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	66,53	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	353,86	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.889,23
812	INSS FERIAS	11,00		393,74
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		45,92
998	I.N.S.S.	8,00		122,45
942	IRRF FERIAS	27,50		296,51

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 6921 - 3		Total de Vencimentos	Total de Descontos
conta poupança: 197087-9				5.642,03	3.747,85
				Valor Líquido →	1.894,18

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.775,83	5.110,17	5.110,17	408,80	1.362,32	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2019

Código Nome do Funcionário CBO Departamento Filial
 33 THAIS BOARETO DA SILVA 223525 600 1
 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Admissão: 15/09/2014

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
8781	DIAS NORMAIS	10,00	925,28	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	439,33	439,33	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	92,53	
805	MEDIA VALOR FERIAS	664,30	664,30	
806	MEDIA HORAS FERIAS	36,69	36,69	
807	VANTAGENS FERIAS	133,07	133,07	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	894,87	
8783	DIAS FERIAS	20,00	1.850,55	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	66,53	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	353,86	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.889,23
812	INSS FERIAS	11,00		393,74
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		45,92
998	I.N.S.S.	8,00		122,45
942	IRRF FERIAS	27,50		296,51

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 6921 - 3		Total de Vencimentos	Total de Descontos
conta poupança: 197087-9				5.642,03	3.747,85
				Valor Líquido →	1.894,18

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.775,83	5.110,17	5.110,17	408,80	1.362,32	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



G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

Aviso de lançamento

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 1.438,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.438,07	
conta corrente: 19514-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.438,07	
conta corrente: 19514-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo 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



G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

Aviso de lançamento

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 2.855,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a VIVIANE LIE YOKOYAMA, na conta 17.558, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e oitocentos e cinquenta e cinco reais e setenta e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	223605	600	1	
FISIOTERAPEUTA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	4,30	28,10		
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00		
998	I.N.S.S.	11,00		360,58	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		61,79	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.278,09	422,37	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.855,72	
conta corrente: 17558-7			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.278,09	3.278,09	262,24	2.727,92	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	223605	600	1	
FISIOTERAPEUTA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.450,39		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	4,30	28,10		
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00		
998	I.N.S.S.	11,00		360,58	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		61,79	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.278,09	422,37	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.855,72	
conta corrente: 17558-7			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	3.278,09	3.278,09	262,24	2.727,92	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



G334061719095617380
06/10/2019 20:54:54

Aviso de lançamento

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

Data 05/09/2019 Valor R\$ 122,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 40, 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.

(Cento e vinte e dois reais e treze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 20:54:54

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
Folha Mensal
Agosto de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	339,75	339,75	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	996,58	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.450,39	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	21,00	137,22	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.370,46
812	INSS FERIAS	11,00		438,49
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		4,12
998	I.N.S.S.	8,00		10,97
942	IRRF FERIAS	15,00		177,37

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.123,54	4.001,41
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 87139-7 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	122,13

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	4.123,54	4.123,54	329,87	122,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
Folha Mensal
Agosto de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	339,75	339,75	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	996,58	
8783	DIAS FERIAS	30,00	2.450,39	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	21,00	137,22	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.370,46
812	INSS FERIAS	11,00		438,49
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		4,12
998	I.N.S.S.	8,00		10,97
942	IRRF FERIAS	15,00		177,37

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.123,54	4.001,41
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 87139-7 Agência: 0295 - X			Valor Líquido →	122,13

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.450,39	4.123,54	4.123,54	329,87	122,13	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.20
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85860000070-5	67800179190-1
	90763205084-0	53494610008-6
Data do pagamento		05/09/2019
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		08/2019
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		07/09/2019
VALOR DEPOSITO		7.067,80
Valor Total		7.067,80

DOCUMENTO: 090501
AUTENTICACAO SISBB: 6.F07.A22.FB5.5FA.8B2

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 04/09/2019 - 17:07:53

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 88.347,53	06-QTDE TRABALHADORES 42	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 08/2019	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2019

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.067,80	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 7.067,80
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2019

858600000705 678001791901 907632050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 04/09/2019 - 17:07:53

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 88.347,53	06-QTDE TRABALHADORES 42	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 08/2019	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2019

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.067,80	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 7.067,80
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2019

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

858600000705 678001791901 907632050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05/09/2019
211



G334061719095617398
06/10/2019 20:58:32

Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

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

Data 09/09/2019 Valor R\$ 3.416,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 43, 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.

(Três mil e quatrocentos e dezesseis 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 06/10/2019 20:58:32

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida PAULO DE BARROS , 326				04 Bairro CENTRO
05 Município MIRANDOPOLIS		06 UF SP	07 CEP 17.230-000	08 CNAE 8610-1/02
09 CNPJ/CEI Tomador/Obra				

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 209.15162.46-0	11 Nome MARIA JOSE CARDOSO				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua JOSE BERNARDINO LEÃO , 160				13 Bairro LOT DR JOSE OLAVO D	
14 Município GUARACAI		15 UF SP	16 CEP 16.980-000	17 CTPS (nº, série, UF) 59099 - 00240 / SP	
					18 CPF 165.563.288-47
19 Data de Nascimento 28/05/1967	20 Nome da Mãe SEBASTIANA SCARABELLO CARDOSO				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
23 Remuneração Mês Ant. 1.778,13	24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 31/07/2019	26 Data de Afastamento 01/09/2019	27 Cod. Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 1/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 44,80	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 6,65	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 40,00 horas 40%	R\$ 97,74
56.1 Horas Extras ___ horas a ___%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 8/12 avos	R\$ 1.189,20	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 11/12 avos	R\$ 1.638,96	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 546,32
69 - Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 3.523,67

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 11,93	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 95,13
114.1 IRRF	R\$ 0,00	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 107,06
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.416,61

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 004/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

Mina
10/09

09/09
21

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 209.15162.46-0		11 Nome MARIA JOSE CARDOSO		
17 CTPS (nº, série, UF) 59099 - 00240 / SP		18 CPF 165.563.288-47	19 Data de Nascimento 28/05/1967	20 Nome da Mãe SEBASTIANA SCARABELLO CARDOSO
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 31/07/2019	26 Data de Afastamento 01/09/2019	27 Cod. Afastamento SJ1	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA		

Foi prestada, gratuitamente, assistência na rescisão do contrato de trabalho, nos termos do artigo n.º 477, § 1º, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sendo comprovado neste ato o efetivo pagamento das verbas rescisórias especificadas no corpo do TRCT, no valor líquido de R\$ _____, o qual, devidamente rubricado pelas partes, é parte integrante do presente Termo de Homologação.

As partes assistidas no presente ato de rescisão contratual foram identificadas como legítimas conforme previsto na Instrução Normativa/SRT nº 15/2010.

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

_____/_____, de _____ de _____.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100645779968680080000046918

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 90.901

DATA DE VENCIMENTO 10/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 09/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 469,18

VALOR COBRADO 469,18

=====

NR.AUTENTICACAO A.ED1.EAE.7F2.0DC.7EB

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 836908	Número da nota 856662
Data da emissão da nota 15/08/2019 11:58:49	
Data do fato gerador 14/08/2019 17:49:00	
Código de verificação IGMH-SPMQG	

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. 8/2019.	469,18	1	469,18	469,18 x	2,00 =	9,38

VENCIMENTOS: (10/09/2019 - 469,18) 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\$ 469,18			VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 469,18	

Código do serviço:

0103 / Processamento de dados e congêneres.

Valor das Deduções(R\$) 0,00	Base de Cálculo(R\$) 469,18	Alíquota(%) 2,00	Valor ISS(R\$) 9,38
--	---------------------------------------	----------------------------	-------------------------------

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100732060173480070000119500

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 90.902

NOSSO NUMERO 17115360000732060

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 09/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 09/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.195,00

VALOR COBRADO 1.195,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.094.E78.458.AE8.CB6

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



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARUNA - SP
CEP 13916-074 - 135225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1188307 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3519 0767 7291 7800 0491 5500 1001 1883 0717 8345 1050

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
135190537087829 26/07/2019 16:34:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/07/2019

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

26/07/2019

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

1188307/1

09/09/2019

1.195,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.195,00

VALOR DO ICMS

215,10

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.195,00

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

1.195,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2290

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00002

PESO BRUTO

0,772

PESO LÍQUIDO

0,772

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
028041	SULFATO DE POLIMIXINA B 500.000UI (MYLAN/HALLER) L: 108036 Q: 50,0000 V: 30/06/2020	30042079	000	5102	FA	50,00	23,90	1.195,00	1.195,00	215,10	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

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 0107/2017 DATA ENTREGA: 27/07/2019 Pedido: 1443495 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1443495 *** 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 27/07/2019
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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399676146580000000500023001019180110000950000

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	91.301
DATA DE VENCIMENTO	13/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	13/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	9.500,00
VALOR COBRADO	9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.6E2.A03.C6C.044.0C5

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
874

Data e Hora da Emissão

02/09/2019 14:39:21

Competência

2/9/2019

Código de Verificação

321317085

Número do RPS

No. da NFS-e substituída

Local da Prestação

RIBEIRÃO PRETO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome

ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI - EPP

Nome Fantasia

ECQ

CNPJ/CPF

14.352.079/0001-24

Inscrição Municipal

20004074

Município

RIBEIRÃO PRETO - SP

Endereço e Cep

RUA THOMAZ NOGUEIRA GAIA, 544 - JARDIM SÃO LUIZ CEP: 14020-290

Complemento:

Telefone:

16034427432

e-mail:

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal

Município

BILAC - SP

Endereço e CEP

RUA SETE DE SETEMBRO, 529 - CENTRO CEP: 16210-000

Complemento:

Telefone:

(14)3532-5198

e-mail:

financeiro@ahbb.org.br

Discriminação dos Serviços

Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares.
Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis.

Convênio 0107/2017

Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014.
Alíquota do ISS igual a 2,79%.

Pagamento conforme boleto.

Código do Serviço / Atividade

14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONCERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP., ORTOPEDICOS, LABORATORIOS AIS..

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000079997780401044380110000055383

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 91.302

DATA DE VENCIMENTO 13/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 13/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 553,83

VALOR COBRADO 553,83

=====

NR.AUTENTICACAO 2.BEA.4F7.0C5.FB9.7B7

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 345506
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3455 0610 0098 6641

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

131193386109107 14/08/2019 16:27:12

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

14/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

14 AGO 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 13/09/2019 553,83

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	553,83	VALOR DO ICMS	37,66	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	553,83
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	553,83

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

1

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

0,61

0,61

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
14586	ENOXAPARINA (ENOXALOW) 60MG 10 SE-RINGAS-BLAUSIEGEL LT 18081208 (1)07/20 (Fornecedor: 4, Lote: 18081208, Qtde: 1, Data Fab: 07/08/2019, Data Val: 31/07/20-20)	30049099	000	6108	CX	1	193,8300	193,83	193,83	23,26		12,00	
7056	ENOXAPARINA (CUTENOX) 40MG 10SER. 0, 4ML IV/SC-MYLAN LT JB895 (3)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: JB895, Qtde: 3, Data Fab: 27/06/2019, Data Val: 31/10/2020)	30049099	200	6108	CX	3	120,0000	360,00	360,00	14,40		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 Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R16 B10...
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resolução do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 62,03
Pedido: 317107
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: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 16/08/19
ASS. *Rams*

serão repostas de forem relacionadas
manuseio da trancheira

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100732623178880110000151261
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 91.303
NOSSO NUMERO 17115360000732623
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 13/09/2019
DATA DO PAGAMENTO 13/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO 1.512,61
VALOR COBRADO 1.512,61
=====

NR.AUTENTICACAO A.8F7.F24.201.362.58D

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



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO, 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP: 13916-074 - 19352-5800

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA
Nº. 1189230 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3519 0767 7291 7800 0491 5500 1001 1892 3011 9251 0796

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
135190545142088 30/07/2019 14:26:50

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/07/2019

DATA DA ENTRADA/SAIDA

30/07/2019

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1189230/1	13/09/2019	1.512,61						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.512,61	233,59	0,00	0,00	1.512,61
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.512,61

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

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

NUMERO

0,08259

PESO BRUTO

17,023

PESO LÍQUIDO

17,023

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
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEX021 Q: 600,0000 V: 31/12/2023	65069900	200	5102	PC	600,00	0,0431	25,86	25,86	4,65	0,00	18,00 0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290302 Q: 200,0000 V: 21/01/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,5422	108,44	108,44	19,52	0,00	18,00 0,00
030360	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (DESCARTEE) L: CL 022 Q: 100,0000 V: 30/01/2024	63079010	000	5102	PC	100,00	0,9281	92,81	92,81	16,71	0,00	18,00 0,00
028215	MEROPENEM 1G (BIOQUIMICA) (ITEM GENERICO) L: 0086 83 Q: 25,0000 V: 30/04/2021	30042099	500	5102	FA	25,00	18,40	460,00	460,00	55,20	0,00	12,00 0,00
028041	SULFATO DE POLIMIXINA B 500.000UI (MYLAN/HALLER) L: 108036 Q: 25,0000 V: 30/06/2020	30042079	000	5102	FA	25,00	24,816	620,40	620,40	111,67	0,00	18,00 0,00
019015	ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICO (UNIAO QUIMICA) L: 1924316 Q: 3,0000 V: 30/06/2022	30049099	000	5102	TB	3,00	6,8138	20,44	20,44	3,68	0,00	18,00 0,00
030442	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML S.FECHADO BOLSA (EUR OFARMA) L: 622882 Q: 30,0000 V: 30/06/2021	30049099	000	5102	BO	30,00	3,7594	112,78	112,78	13,53	0,00	12,00 0,00
024373	SORO GLICOSADO 5% 500ML S.FECHADO (EUROFARMA) L: 612316 Q: 25,0000 V: 30/04/2021	30049099	000	5102	FR	25,00	2,875	71,88	71,88	8,63	0,00	12,00 0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 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: 31/07/2019 Pedido: 1444596 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1444596 *** 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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 31/07/19
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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190612093202973359200002034312480110000395740
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	91.304
NOSSO NUMERO	6120320297
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	13/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	13/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	3.957,40
VALOR COBRADO	3.957,40

=====

NR.AUTENTICACAO 4.856.77D.4C6.39E.2E7

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
ELETRONICA

0-ENTRADA
1-SAJDA

1

Nº 248069
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0704 0278 9400 0164 5500 1000 2480 6910 0014 1600

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

135190545072327 30/07/2019 14:12:01

INSCRIÇÃO ESTADUAL
633.565.182.110

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0001-64

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/07/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

30/07/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

14:08

FATURA / DUPLICATA

001 13/09/2019 3.957,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

7,40

VALOR DO ICMS

1,33

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

3.957,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

O EMITENTE

ENDEREÇO

RUA SAO PAULO, 31

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1,00

1,00

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
228	ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 8060-49, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2021)	30049019	240	5102	CX	2	1.975,0000	3.950,00					
7340	CARDIZEM 60MG C/50CP - BOEHRINGER (Lote: A89080, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2019)	30049079	000	5102	CX	1	7,4000	7,40	7,40	1,33		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITEM 1 Isencao CONV.ICMS 140/01

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

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 1.608,59, Federal, R\$ 1.607,26, Estadual, R\$ 1,33

Pedido: 444578

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO RISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 31/07/19
ASS. *lomy*

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612093202823359400002034312880110000034500

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	91.305
NOSSO NUMERO	6120320282
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	13/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	13/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	345,00
VALOR COBRADO	345,00

=====

NR.AUTENTICACAO 4.C00.BCE.E59.936.0B6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 248051
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0704 0278 9400 0164 5500 1000 2480 5110 0023 6584

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

135190544935164 30/07/2019 13:40:08

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

30/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
30/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
13:36

FATURA / DUPLICATA

001 13/09/2019 345,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
345,00	41,40	0,00	0,00	345,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				345,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - 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: 901-1661, Qtde: 100, Dt Val: 31/12/2020)	90183119	200	5102	CX	100	3,4500	345,00	345,00	41,40		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 Aliq. 12% conf. art. 54 inciso XV da alinea "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: 444579
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 31/07/19
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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000403932801016180110000152630

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	91.306
DATA DE VENCIMENTO	13/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	13/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	1.526,30
VALOR COBRADO	1.526,30

=====

NR.AUTENTICACAO 7.C91.3DA.8FC.B4C.064

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



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 - SAÍDA
Nº 44295
Série 0
FL 1/1

CHAVE DE ACESSO

3519 0702 7864 3600 0183 5500 0000 0442 9514 2609 9436

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

135190545606388 30/07/2019 15:56:34

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO 30/07/2019
ENDEREÇO RUA 7 DE SETEMBRO, 529	BAIRRO / DISTRITO CENTRO	CEP 16200-000	30/07/2019
MUNICÍPIO BILAC	FONE/FAX (14) 3532-5198	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA SAÍDA / ENTRADA 15:56

FATURA	
0 - À vista	13/09/2019 1.526,30
1 - À 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	480,78	1.526,30
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		1.526,30

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	ESPÉCIE 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 Vlr aprox. tributos RS 480,78 (31,5000%, Conf. Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	060	5405	UN	5,000	305,2600	1.526,30						

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 31/07/19
ASS. *loms*

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, 565 BAIRRO: CENTRO CIDADE: MIRANDÓPOLIS/SP CEP: 16800-000-MONTADO E FAT POR LEANDRO.					

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612094780433359000002034312480120000102080

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	91.601
NOSSO NUMERO	6120478043
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	1.020,80
VALOR COBRADO	1.020,80

=====

NR.AUTENTICACAO 6.11A.CB1.4AC.426.063

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 1025866
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0704 0278 9400 0326 5500 1001 0258 6610 0091 0542

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

152192394565836 31/07/2019 21:22:04

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

31/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

31/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

21:19

FATURA / DUPLICATA

001 14/09/2019 1.020,80

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
850,63	102,08	0,00	0,00	1.020,80
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
				1.020,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AV. JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO			UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 3,00	PESO LÍQUIDO 3,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lo- te: 78NC1042, Qtde: 2, Dt Val: 31/03/2021)	30041019	020	6108	CX	2	510,4000	1.020,80	850,63	102,08		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GERICOSSP 16005/2015
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 102,08, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 102,08
Pedido: 1091891
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 01/08/19
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. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000000899688011554107380130000017441

BENEFICIARIO:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

NOME FANTASIA:

BIRIPEL EMBALAGENS

CNPJ: 03.748.769/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 91.602

DATA DE VENCIMENTO 15/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 16/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 174,41

VALOR COBRADO 174,41

NR.AUTENTICACAO 7.FA7.3C6.952.BD6.F7F

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 000134191 FL. 1 / 1 SÉRIE 001			
RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO - CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP TEL: (18)3642-4390				CHAVE DE ACESSO 3519 0703 7487 6900 0180 5500 1000 1341 9117 4776 1284		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDA				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190529392901 24/07/2019 13:53:39			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 214073629113		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 03.748.769/0001-80			

DESTINATÁRIO / REMETENTE				CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				45.349.461/0001-02		24/07/2019	
ENDEREÇO RUA SETE SETEMBRO, 529		BAIRRO / DISTRITO CENTRO		CEP 16210-000		DATA SAÍDA / ENTRADA 24/07/2019	
MUNICÍPIO BILAC		FONE / FAX (18)3659-1411		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA 13:53:33	

PAGAMENTO	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	134191	174,41	0,00	174,41

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	15/09/2019	174,41									

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE CÁLC. ICMS SUBST.		VALOR DO ICMS SUBST.		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		53,89		174,41	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESS.		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		174,41	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
WILSON ROBERTO DE SOUZA		0 - REMETENTE		DZX8053		SP		023.604.888-05					
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL							
RUA WAGIH RAHAL		BIRIGUI		SP									
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000003575	ALCOOL GEL BAC. 5 LTRS	22072019	060	5405	gl	2,000	49,80	0,00	99,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000004931	COPO PLAST. KEROCOPO 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,000	62,91	0,00	62,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,000	11,90	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/07/2019
ASS. *10m*

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R\$: 22,50 Federal, 31,38 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (801EC4).		Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio	

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000080712632401043180150000097916

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 91.603

DATA DE VENCIMENTO 17/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 16/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 979,16

VALOR COBRADO 979,16

=====

NR.AUTENTICACAO 0.4E5.279.BD8.3D8.7FB

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

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

1

Nº 341660
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3416 6010 0061 4665

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

131193376483920 06/08/2019 11:43:38

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

06/08/2019

ENDEREÇO
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 17/09/2019 979,16

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
979,16	80,92	0,00	0,00	979,16
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				979,16

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 6	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 44,03	PESO LÍQUIDO 44,03

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
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57118101 (10)10/23 (Fornecedor: 4, Lote: 57118101, Qtde: 10 ,Data Fab: 22/04/2019, Data Val: 30/10/2023)	90183219	200	6108	CX	10	5,1800	51,80	51,80	2,07		4,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 2708M4 (6)07/-24 (Fornecedor: 4, Lote: 2708M4, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/20-24)	90183219	400	6108	CX	6	4,8367	29,02	29,02	3,48		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 617M4 (3)02/-24 (Fornecedor: 4, Lote: 617M4, Qtde: 3 ,Data Fab: 07/05/2019, Data Val: 28/02/20-24)	90183219	200	6108	CX	3	4,7967	14,39	14,39	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	54,4800	54,48	54,48	2,18		4,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSSLAA0234 (6)06/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSSLAA0234, Qtde: 6 ,Data Fab: 12/03/2019, Data Val: 30/06/2023)	90183119	200	6108	CX	6	21,1300	126,78	126,78	5,07		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 4...

ITENS 1,3 a 6 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 95,32

Pedido: 313584

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.

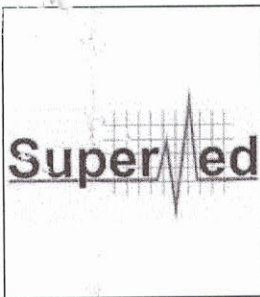
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota....: 3 Cubagem: 0,30

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/08/19
ASS. *10ms*Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. CusteioMercadorias avariadas e/ou faltas
só serão repostas se forem relacionadas
no conhecimentos de 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 341660
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3416 6010 0061 4665

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193376483920 06/08/2019 11:43:38

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
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0288 (4)11/23 SSSLAA0289 (6)11/23 SSSLAA0339 (2)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0288, Qtde: 4 ,Data Fab: 04/02/2019, Data Val: 30/11/2023 / Fornecedor: 4, Lo- te: SSSLAA0289, Qtde: 6 ,Data Fab: 28/01/- 2019, Data Val: 30/10/2023 / Fornece- dor: 4, Lote: SSSLAA0339, Qtde: 2 ,Data Fab: 11/04/2019, Data Val: 30/01/2024)	90183119	200	6108	CX	12	17,4808	209,77	209,77	8,39		4,00	
16994	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/1- 2-DESCARPACK LT 1242XM5 (2)05/22 (Fornece- dor: 4, Lote: 1242XM5, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/05/2019, Data Val: 30/05/2022)	96190000	000	6108	FD	2	107,5050	215,01	215,01	25,80		12,00	
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	138,9550	277,91	277,91	33,35		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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000080712631601049880150000249994

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 91.604

DATA DE VENCIMENTO 17/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 16/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.499,94

VALOR COBRADO 2.499,94

=====

NR.AUTENTICACAO 9.65D.5D2.C24.F32.D56

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

Supermed

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
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 341641
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3416 4110 0065 8527

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131193376425717 06/08/2019 10:57:07

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
06/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
06 AGO 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/09/2019 2.499,94

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.499,94	263,11	0,00	0,00	2.499,94
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.499,94

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 1	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 4,89	PESO LÍQUIDO 4,89

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
13493	BROMOPRIDA 10MG 100AMP 2ML GEN-HIPOLABOR LT AT00719 (1)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: AT00719, Qtde: 1, Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 30/01/2021)	30042069	000	6108	CX	1	114,5500	114,55	114,55	13,75		12,00	
7056	ENOXAPARINA(CUTENOX) 40MG 10SER. 0, 4ML IV/SC-MYLAN LT JB894 (1)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: JB894, Qtde: 1, Data Fab: 27/06/2019, Data Val: 31/10/2020)	30049099	200	6108	CX	1	124,9900	124,99	124,99	5,00		4,00	
19819	ENOXAPARINA(VERSA) 60MG C/2 SER.-EUROFARMA LT 595555A (5)12/20 (Fornecedor: 4, Lote: 595555A, Qtde: 5, Data Fab: 26/07/2019, Data Val: 31/12/2020)	30049099	000	6108	CX	5	49,8620	249,31	249,31	29,92		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	116,9075	467,63	467,63	56,12		12,00	
4472	KLARICID 500MG 1FAM-ABBOTT LT 92497TB22 (10)07/20 (Fornecedor: 4, Lote: 92497TB22, Qtde: 10, Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 30/07/2020)	30042029	200	6108	FAM	10	33,6090	336,09	336,09	13,44		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# r 14 b 11...
ITENS 2,5 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 186,88
Pedido: 313573
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
1604131434122200000007304445.
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL
PELA VENDA NA EMPRESA.
Rota....: 3 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/08/19
ASS. JOMY

Mercadorias avariadas e/ou faltas
só serão repostas de forem relacionadas
ao conhecimentos do transportes.

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

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

1

Nº 341641
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3416 4110 0065 8527

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 contribuinteINSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193376425717 06/08/2019 10:57:07

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
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA-FARMA 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	
12772	FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR Al LT AS04319 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: AS04319, Qtde: 1, Data Fab: 28/05/2019, Data Val: 30/03/2021)	30045090	000	6108	CX	1	160,8500	160,85	160,85	19,30		12,00	
24309	FERRORUPURUM IV 5AMP 5ML-BLAU LT 18101229 (2)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: 18101229, Qtde: 2, Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 30/10/2020)	30049029	000	6108	CX	2	35,7600	71,52	71,52	8,58		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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000080712629401048180150000056427

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	91.605
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	17/09/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	16/09/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	564,27
--------------------	--------

VALOR COBRADO	564,27
---------------	--------

=====

NR.AUTENTICACAO	B.0BE.E14.18B.441.F4F
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 22719
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3519 0811 2060 9900 0441 5500 1000 0227 1910 0067 5118

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
135190564332944 06/08/2019 12:02:36

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
06/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA SAÍDA
06 A GO. 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/09/2019 564,27

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
451,12	81,20	0,00	0,00	564,27
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				564,27

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QNTIDADE
2

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

14,22

PESO LÍQUIDO

14,22

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: SCTPAA017F, 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	
24092	SONDA NASOGAST.LONGA N.18 C/10-MEDSONDA REF.10104180 (Fornecedor: 9657, Lote: 503- 14, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 30/03/2023)	90183921	000	5102	PCT	1	8,7900	8,79	8,79	1,58		18,00	
10685	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PC-EMBRAMED 19- C5G-REF.490084 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900021110, Qtde: 10, Data Fab: 01/05/201- 9, Data Val: 30/04/2022)	90183921	040	5102	PC	10	7,6660	76,66					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR (Fornecedor: 2080, Lote: 05219S06AAAA, Qtde: 6, Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/12/2020)	90181100	200	5102	PCT	6	10,6417	63,85	63,85	11,49		18,00	
24472	PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25- OML-FBM (Fornecedor: 7654, Lote: C19A015, Qtde: 10, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	33069000	060	5102	FR	10	3,6490	36,49					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 2. Rota R0 possui 2
volume(s) #R0V1R0V1..

ITEM 3 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate
30/09/2019.

ITEM 5 ICMS-ST retido por operação anterior base: 37,10 valor: 3,80

Pedido: 22953

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: 0,08

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/08/19
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

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 22719
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0811 2060 9900 0441 5500 1000 0227 1910 0067 5118

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
135190564332944 06/08/2019 12:02:36

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
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1905095 (1) 05/2021 (Fornecedor: 2029, Lote: 1905-095, Qtde: 1 ,Data Fab: 27/05/2019, Data Val: 22/05/2021)	15121919	000	5102	CX	1	71,9500	71,95	71,95	12,95		18,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-TALGE (Fornecedor: 1695, Lote: TMTW045, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/20-24)	63079010	200	5102	PCT	4	3,9075	15,63	15,63	2,81		18,00	
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9-5(PFF2) (Fornecedor: 918, Lote: SMNSAA000-4, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2018, Data Val: 30/06/2023)	63079010	200	5102	CX	1	32,1400	32,14	32,14	5,79		18,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20-0-TKL (Fornecedor: 992, Lote: Z2C155D8, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/03/2024)	90183999	200	5102	CX	1	37,5400	37,54	37,54	6,76		18,00	
10450	SONDA FOLEY 2V N.16 30CC C/10-SOLIDOR (Fornecedor: 2080, Lote: 9319031, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 30/03/20-24)	90183921	700	5102	CX	2	18,2750	36,55	36,55	6,58		18,00	
14684	LUVA P/ TOQ.INDIV.TRANSP.C/10-0-LUPLAST (Fornecedor: 8072, Lote: 1005, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 01/06/2022)	39262000	000	5102	PCT	2	5,9800	11,96	11,96	2,15		18,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA RZF.10102141 (Fornecedor: 9657, Lote: 511-36, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2023)	90183929	000	5102	PCT	20	5,8855	117,71	117,71	21,19		18,00	

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

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399154567950000000910392601018280130000007000

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 91.606

DATA DE VENCIMENTO 15/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 16/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.C8A.234.95A.0D7.C27

Convenio 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



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) - MIRANDÓPOLIS/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

18/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 10:08:53
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	18/09/2019
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	E.13C.B0B.D0E.0D8.C6B
------------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
1825

Data de Emissão
11/09/2019

Data e Hora da
Competência
11/09/2019 às 15:45:02

Código de Verificação
5412-8662-3136

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Situação
Telefones
E-Mail's

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
Optante do Simples Nacional
(14) 3532-3506

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 - R\$934,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

VENCIMENTO: 20/09/2019

BANCO DO BRASIL
AG. 0058-2
C/C. 59599-3

SERVIÇO MIRANDÓPOLIS

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPÊ (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 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\$)
4,3400	934,00	0,00	0,00	40,54

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 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 1825 emitida em 11/09/2019 às 15:45:02 - Cód Verif 5412-8662-3136
Condições de Pagamento: Vencimento: 11/09/2019 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

18 09
211

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080528200271512711770003880170000273237

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 91.801

DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.732,37

VALOR COBRADO 2.732,37

NR.AUTENTICACAO 9.0D5.33E.119.6CA.6F0

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 51.535
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/2
CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO

3519.0814.3355.4400.0119.5500.0000.0515.3510.1089.8416

 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

135190560217307 - 05/08/2019 10:19:47

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

05/08/2019

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16370-000

 DATA DA SAÍDA
 05/08/2019

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(014)3541-1544

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

 HORA DA SAÍDA
 10:18:40

FATURA/DUPPLICATAS

51535/1 - 19/09/19 - 2732,37

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.732,37	327,89	0,00	0,00	2.732,37
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.732,37

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
39	CAIXAS			407,1000	407,1000

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	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
231 30049099	CLORETO DE SODIO 0,9% 10ML CX 200AMP EQUIPLEX Lote: 1931072 - 11/06/2021 Qtde: 15 00 Numero da FCI: 2A163D4F-353E-49F5-8ED8-FD9E5A96B677	500 5102	CX	15,0000	30,0000	0,0000 0,0000%	450,00	450,00	54,00 0,00	0,00	12,00	0,00
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR292F0 - 08/01/2021 Qtde: 6 00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	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
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR28916 - 23/05/2021 Qtde: 5 00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	5,0000	70,5000	0,0000 0,0000%	352,50	352,50	42,30 0,00	0,00	12,00	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR28916 - 21/05/2021 Qtde: 8 00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	8,0000	55,6800	0,0000 0,0000%	445,44	445,44	53,45 0,00	0,00	12,00	0,00
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR290N7 - 11/12/2020 Qtde: 2 00 Numero 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
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR288S2 - 12/11/2020 Qtde: 2 00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	2,0000	126,0000	0,0000 0,0000%	252,00	252,00	30,24 0,00	0,00	12,00	0,00

BOLETO ANEXO
CÁLCULO DO ISSQN
INSCRIÇÃO MUNICIPAL
VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN
VALOR DO ISSQN
DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 /
 "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA
 31820-378893/2012" /

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

RESERVADO AO FISCO

 AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
 RECEBIDO 07/08/19
 ASS. *lms*

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL
EMISSÃO: 05/08/2019 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT

NF-e

Total NF: 2.732,37
Número Pedido: 1089763

Volume: 39

Nº: 51535 SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**BELIVE COMERCIO DE
PRODUTOS HOSPITALARES
LTDA**

RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500
Fax: (19)3256-0500

DANFE

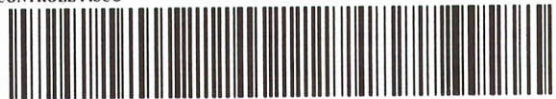
DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 51.535
SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3519.0814.3355.4400.0119.5500.0000.0515.3510.1089.8416

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

135190560217307 - 05/08/2019 10:19:47

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

974 30049099	GLICOSE 5% 500ML AZB0063 CX30BOLS BAXTER Lote: PR288S3 - 12/11/2020 Qtd: 1.00 Numero da FCI: F904A441-294E-47B7-95ED-7A707AF88EFF	500 5102	CX	1,0000	71,5500	0,0000 0,0000 %	71,55	71,55	8,59 0,00	0,00	12,00	0,00
-----------------	---	-------------	----	--------	---------	--------------------	-------	-------	--------------	------	-------	------

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

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 /
"REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA
31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 07/08/19

ASS. 10ms

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612259107683359800002034312580170000036800

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 91.802

NOSSO NUMERO 6122910768

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 368,00

VALOR COBRADO 368,00

=====

NR.AUTENTICACAO E.AB7.CCB.C7E.57A.D8B

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
Despesa. Custeio



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1031445
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0804 0278 9400 0326 5500 1001 0314 4510 0058 7528

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

152192446014501 20/08/2019 21:28:25

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

20/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
20/08/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
21:24

FATURA / DUPLICATA

001 19/09/2019 368,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	345,00	VALOR DO ICMS	13,80	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	368,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
									368,00

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 2	ESPECIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,60	PESO LÍQUIDO 2,60

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
35365	BRONQUINHO COLETOR DE SECRECAO 120ML-CRE-MER (Lote: 1900018409, Qtde: 5, Dt Val: 30/04/2021)	90183929	040	6108	UN	5	4,6000	23,00					
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365-060BD 365060 (Lote: 9025791, Qtde: 100, Dt Val: 31/01/2021)	90183119	200	6108	CX	100	3,4500	345,00	345,00	13,80		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 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 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITEM 2 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1 e 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 2 Aliq. 12% conf. art. 54inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 27,60
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 21,18, Federal, R\$ 7,38, Estadual, R\$ 13,80
Pedido: 1098031
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 21/08/2019
Ass. *[assinatura]*

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:20
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100738214170580170000050680

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 91.803

NOSSO NUMERO 17115360000738214

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 19/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 506,80

VALOR COBRADO 506,80

=====

NR.AUTENTICACAO 6.3AA.2E7.B74.00F.2B0

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

OMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO, 1000
NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - 13916-074
JAGUARIUNA - SP Fone/Fax: 1935225800

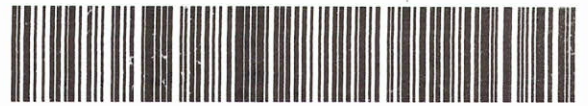
DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 001.197.281
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0867 7291 7800 0491 5500 1001 1972 8117 2217 9762

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

135190603575705 - 20/08/2019 14:12:53

TURA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

CRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

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

20/08/2019

ENDEREÇO

V. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

20/08/2019

MUNICÍPIO

UF

UF

FONE / FAX

1836591243

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

14:06:15

TURA / DUPLICATA

n. 001
e. 19/09/2019
v. R\$ 506,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

DESCRIÇÃO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUT.
506,80	91,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,02	506.
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOT.
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,30	506.

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
KEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME- 13	(0) Emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
MARIA CERON VOLPE 2290	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	VOLUME(S)		0,04318	19,103	19,1

DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ
012754	AGUA PARA INJECAO 500ML S.FECHADO (SANOBIO L) L: 19065036 Q: 20,0000 V: 30/06/2021 PMC: 0.00	30049069	000	5102	FR	20,0000	2,4836	49,67	49,67	8,94	0,00	18,00	0,0
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW239 Q: 500,0000 V: 30/03/2024 PMC: 0.00	65069900	200	5102	PC	500,0000	0,0431	21,55	21,55	3,88	0,00	18,00	0,0
030568	CLOREXIDINA 1% 100ML (VIC PHARMA) L: M25419 Q: 24,0000 V: 31/05/2021 PMC: 0.00	30039099	000	5102	FR	24,0000	1,3393	32,14	32,14	5,78	0,00	18,00	0,0
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290307 Q: 200,0000 V: 24/01/2021 PMC: 0.00	38220090	700	5102	TI	200,0000	0,5422	108,44	108,44	19,52	0,00	18,00	0,0
028574	FILTRO BACTERIANO VIRAL (BE CARE) L: 190308 Q: 50,0000 V: 08/03/2024 PMC: 0.00	90192010	200	5102	PC	50,0000	5,9000	295,00	295,00	53,10	0,00	18,00	0,0

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

DOS ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CAL DE ENTREGA : 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585 - CENTRO MIRANDOPOLIS - SP

Contribuinte: LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO
Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA
ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
TA ENTREGA: 21/08/2019 Pedido: 1456505 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1456505 *** BANCO DO BRASIL - Ag.
9-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE:
2375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE
ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP:
16800-000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE
DO BRASIL) Pedido: 1456505 Email do Destinatário: hernandesplinio@gmail.com

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21/08/2019
ASS. *kmv*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85680000049 94100064926
	31453494610 00159529243
DATA DO PAGAMENTO	18/09/2019
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	4.994,10

DOCUMENTO: 091804
AUTENTICACAO SISBB: 3.5C5.902.087.D98.00A

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



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / TELEFONE
 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

DARF válido para pagamento até 20/09/2019
 Domicílio tributário informado: LINS - SP
NÃO RECEBER COM RASURAS

SicalcWeb versão 1.7.66.6643

16/09/2019 10:08:20

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/08/2019
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/09/2019
07 VALOR PRINCIPAL	4.994,10
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	4.994,10
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85680000049-4 94100064926-4 31453494610-3 00159529243-2



MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
 Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / TELEFONE
 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

DARF válido para pagamento até 20/09/2019
 Domicílio tributário informado: LINS - SP
NÃO RECEBER COM RASURAS

SicalcWeb versão 1.7.66.6643

16/09/2019 10:08:20

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/08/2019
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/09/2019
07 VALOR PRINCIPAL	4.994,10
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	4.994,10
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85680000049-4 94100064926-4 31453494610-3 00159529243-2



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

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

18/09/2019
 211

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
27/08/2019	200	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R\$ 107.400,00	R\$ -	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10		R\$ 6.605,10	R\$ 100.794,90
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ -	R\$ -	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10	R\$ -	R\$ 6.605,10	R\$ -

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

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

85690000016 11000064926

31453494610 00117089243

18/09/2019

DATA DO PAGAMENTO

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

1.611,00

DOCUMENTO: 091805

AUTENTICACAO SISBB: D.663.0C6.4D0.558.1AD

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
T. a Despesa. Custeio

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/08/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/09/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	1.611,00
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.611,00
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 20/09/2019 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 16/09/2019 10:04:35

85690000016-2 11000064926-6 31453494610-3 00117089243-2



 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/08/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/09/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	1.611,00
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.611,00
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 20/09/2019 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 16/09/2019 10:04:35

85690000016-2 11000064926-6 31453494610-3 00117089243-2



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

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

18/09/2019
 211

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
27/08/2019	200	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R\$ 107.400,00	R\$ -	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10		R\$ 6.605,10	R\$ 100.794,90
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ -	R\$ -	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10	R\$ -	R\$ 6.605,10	R\$ -

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

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	85660000011 08490064926 31453494610 00105619243
DATA DO PAGAMENTO	18/09/2019
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	1.108,49

DOCUMENTO: 091806
AUTENTICACAO SISBB: 4.A0D.63D.889.B83.BE6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	31/08/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200	06 DATA DE VENCIMENTO	20/09/2019
DARF IRFF 08 2019 UTI MIR ANDOPOLIS	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.108,49
DARF válido para pagamento até 20/09/2019 Domicílio tributário do contribuinte: SAO CARLOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.108,49

85660000011-6 08490064926-4 31453494610-3 00105619243-6

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	31/08/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200	06 DATA DE VENCIMENTO	20/09/2019
DARF IRFF 08 2019 UTI MIR ANDOPOLIS	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.108,49
DARF válido para pagamento até 20/09/2019 Domicílio tributário do contribuinte: SAO CARLOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.108,49

85660000011-6 08490064926-4 31453494610-3 00105619243-6

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 8107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2019
 Fonte de Recurso Estadual
 Secretaria de Estado da Saúde
 UGE 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo Despesa. Custeio

18/09/2019
 211

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

=====

74891116202839113021902213581008680180000010990

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 91.807

DATA DE VENCIMENTO 20/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 109,90

DESCONTO/ABATIMENTO 10,00

VALOR COBRADO 99,90

=====

NR.AUTENTICACAO 2.2B0.A7E.6D1.226.7D2

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 81

Nº 000000011

Emissão: 02/09/2019

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

1841.05ce.b197.78d0.f766.fe2d.0164.8ae8

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612173680483359200002034312480180000064735

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 91.808

NOSSO NUMERO 6121368048

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 20/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 647,35

VALOR COBRADO 647,35

=====

NR.AUTENTICACAO D.AD2.D4E.22F.BC1.F2C

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
1-SAIDA

Nº 250425
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3519 0804 0278 9400 0164 5500 1000 2504 2510 0082 5353

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
135190565922986 06/08/2019 18:36:26

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
06/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
06/08/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
18:36

FATURA / DUPLICATA

001 20/09/2019 647,35

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
647,35	80,80	0,00	0,00	647,35
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				647,35

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 3,00	PESO LÍQUIDO 3,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
20562	SIMETICONA 15ML GTS GEN-EMS (Lote: 1B1-053, Qtde: 10, Dt Val: 31/05/2021)	30049099	500	5102	FR	10	1,5000	15,00	15,00	1,80		12,00	
21230	MEROPENEM IV 1G C/10 F/A GEN.-ABL (Lote: 1115031D8, Qtde: 3, Dt Val: 31/08/2020)	30042099	000	5102	CX	3	193,4500	580,35	580,35	69,64		12,00	
11458	COMPR.GAZE 7,5X7,5 09F C/500 KARINA - AMERICA (Lote: 0784, Qtde: 4, Dt Val: 31/07/2024)	30059090	000	5102	PCT	4	13,0000	52,00	52,00	9,36		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 3 ISENTO DE ICMS CF.CONV.NRO 66/99 DE 28/10/99 - LEI 1686 DE 20/06/79
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 84,74, Federal, R\$ 3,94, Estadual, R\$ 80,80
Pedido: 446963
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AMBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/08/19
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. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612173683603359100002034312280180000010340

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 91.809

NOSSO NUMERO 6121368360

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 20/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 18/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 103,40

VALOR COBRADO 103,40

=====

NR.AUTENTICACAO 4.590.988.C57.EBF.394

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 1027313
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
5219 0804 0278 9400 0326 5500 1001 0273 1310 0088 0491

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152192409061615 06/08/2019 16:37:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ
04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 06/08/2019
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO		DATA ENTRADA/SAÍDA 06/08/2019
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		CEP 16400-400		HORA DA SAÍDA 16:27
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

FATURA / DUPLICATA	
001 20/09/2019 103,40	

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 93,45	VALOR DO ICMS 7,72	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 103,40
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 103,40	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE		CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
NOME / RAZÃO SOCIAL VEÍCULO PRÓPRIO		MUNICÍPIO CATALÃO		UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304		
ENDEREÇO AV. JOSE SEVERINO, 3530	QUANTIDADE 1		ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 1,50	PESO LÍQUIDO 1,50

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
35230	VED CAP MACHO E FEMEA C/200 - CREMER (Lote: 201812, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2021)	90189010	200	6108	CX	1	43,7000	43,70	43,70	1,75		4,00	
430	BEROTEC 20ML GTS - BOEHRINGER (Lote: B500-62A, Qtde: 10, Dt Val: 30/04/2022)	30049039	020	6108	FR	10	5,9700	59,70	49,75	5,97		12,00	

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 ITEM 2 RED.BASE DE CÁLCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013 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 e 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15 ITEM 1 e 2 ITEM 1 e 2 Emenda Constitucional 87 de 2015: Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 9,70 VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 11,60, Federal, R\$ 3,88, Estadual, R\$ 7,72 Pedido: 1093606 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 07/08/19 ASS. Dms Convenio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa: Custo
--	---

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100734714173680180000094580

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	91.810
NOSSO NUMERO	17115360000734714
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	20/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	18/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	945,80
VALOR COBRADO	945,80

=====

NR.AUTENTICACAO F.C5C.C67.0E3.1B7.3AC

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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. 1192131 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3519 0867 7291 7800 0491 5500 1001 1921 3114 3224 9644 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 135190564765387 06/08/2019 14:09:00	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO					
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO		CNPJ 67.729.178/0004-91	
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303				BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO	
MUNICÍPIO LINS		FONE / FAX 1836591243		UF SP	
CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 06/08/2019		DATA DA ENTRADA/SAÍDA 06/08/2019	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 16400-400		HORA DE SAÍDA		DATA DA EMISSÃO	
FATURA/DUPLICATA					
FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1192131/1	20/09/2019	945,80			
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 945,80		VALOR DO ICMS 170,24		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	
VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 945,80			
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	945,80
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente		CÓDIGO ANTT	
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2290		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO		PLACA DO VEÍCULO	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,02485	12,197	12,197
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS					
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN
015423	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE) L: 190400012 8 Q: 36,0000 V: 30/03/2024	30059090	000	5102	RO
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW237 Q: 300,0000 V: 30/01/2024	65069900	200	5102	PC
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290303 Q: 300,0000 V: 22/01/2021	38220090	700	5102	TI
027570	EQUIPO MACRO-GOTAS P/ ALIMENTACAO ENTER. (DESC ARPACK) L: SENAAA0012 Q: 20,0000 V: 30/10/2023 L: SEN AAA0016 Q: 20,0000 V: 31/03/2024	90189099	200	5102	PC
028041	SULFATO DE POLIMIXINA B 500.000UI (MYLAN/HALLER) L: I08036 Q: 25,0000 V: 30/06/2020	30042079	000	5102	FA
025578	AGUA PARA INECAO 10ML (FARMACE) L: 19F8701C Q: 600,0000 V: 30/06/2021	30039099	000	5102	AP
VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI
0,7049	25,38	25,38	4,57	0,00	18,00 0,00
0,0431	12,93	12,93	2,33	0,00	18,00 0,00
0,5422	162,66	162,66	29,27	0,00	18,00 0,00
0,7872	31,49	31,49	5,67	0,00	18,00 0,00
24,816	620,40	620,40	111,67	0,00	18,00 0,00
0,1549	92,94	92,94	16,73	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					
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 0107/2017 DATA ENTREGA: 07/08/2019 Pedido: 1448644 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1448644 *** 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 07/08/19 ASS. <i>[Assinatura]</i>	

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
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	08/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	18/09/2019
VALOR DO INSS	5.043,82
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	5.043,82

=====

DOCUMENTO: 091811

AUTENTICACAO SISBB: E.DD4.55B.649.D82.469

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
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	08/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	18/09/2019
VALOR DO INSS	5.043,82
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	5.043,82

=====

DOCUMENTO: 091811

AUTENTICACAO SISBB: E.DD4.55B.649.D82.469

***** 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

Mia

 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	08/2019
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	5.043,82
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		7 -	
		8 -	
		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/09/2019	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 - TOTAL	5.043,82
		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	08/2019
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
		6 - VALOR DO INSS	5.043,82
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		7 -	
		8 -	
		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/09/2019	10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 - TOTAL	5.043,82
		AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

1ª Via - INSS - 2ª 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 Mirassolândia
 Tipo Despesa. Custeio

18/09
 211

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190612176374673359900002034312380190000395000

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 92.301

NOSSO NUMERO 6121637467

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 3.950,00

VALOR COBRADO 3.950,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.48F.280.861.9BD.153

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Nº 250882
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0804 0278 9400 0164 5500 1000 2508 8210 0029 2540

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
135190569527954 07/08/2019 18:38:06

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
07/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
07/08/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
18:37

FATURA / DUPLICATA

001 21/09/2019 3.950,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.950,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				3.950,00

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 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
228	ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 8060-49, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2021)	30049019	240	5102	CX	2	1.975,0000	3.950,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convênio 0107/2017
ITEM 1 Isenção CONV.ICMS 140/01
ITEM 1 ALÍQUOTA ZERO PIS/COFINS, CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 1.607,26, Federal, R\$ 1.607,26, Estadual, R\$ 0,00
Pedido: 447712
Representante: REGIAO SURP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/08/19
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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612255574433347100001526110480190000254400

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 92.302

NOSSO NUMERO 6122557443

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.544,00

VALOR COBRADO 2.544,00

=====

NR.AUTENTICACAO 1.C53.5F1.B99.59E.335

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

**Samtronic Industria e Comercio Ltda**

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA
N. 000217085
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**

3519 0858 4266 2800 0133 5500 1000 2170 8510 0934 5657

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 PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190609956420 22/08/2019 10:58:44-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO
22/08/2019

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
21/09/2019
2.544,00

002
21/10/2019
2.544,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS
0,00

VALOR DO ICMS
0,00

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO
0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

5.088,00

VALOR DO FRETE
0,00

VALOR DO SEGURO
0,00

DESCONTO
0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS
0,00

VALOR DO IPI
0,00

VALOR TOTAL DA NOTA
5.088,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**RAZÃO SOCIAL**

VELOXX TRANSPORTES LTDA

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
12,750

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) : MAI1990233391300B - Val idade: 31/05/2022	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,96000000	3.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE905200	EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S) : JUN1990523410600B - Val idade: 30/06/2022	90189099	040	5101	UN	24,0000	16,96000000	407,04	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE905200	EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S) : JUN1990523410601B - Val idade: 30/06/2022	90189099	040	5101	UN	76,0000	16,96000000	1.288,96	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

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

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Protocolo: 135190609956420

PEDIDO DE 19/08/2019, ORC 014448. ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME
DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E
EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO
ATE 30 09 2019 PELO INCISO XLVII CONV ICMS 49 DE ABRIL 2017 ALIQUOTA ZERO DE
PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO
XXXV Endereco de entrega: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 16800-000, CENTRO
MIRANDOPOLIS, - *** Pedido de Venda: 432848 *** Cotacao Numero: 3026 Valor
Aproximado dos Tributos: R\$ 1088.49 (21.39%). Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/08/19
ASS. Jomy

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190611916720203347700001526110780200000256875

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 92.303

NOSSO NUMERO 6119672020

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 22/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO 4.6F9.230.B0E.16E.26D

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

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 24/07/2019 VALOR TOTAL: R\$ 5.137,50 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL - AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 CENTRO LINS-SP

NF-e

Nº. 000.214.673
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Samtronic Industria e Comercio Ltda

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

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.214.673
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0758 4266 2800 0133 5500 1000 2146 7310 0962 4852

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 PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190529546375 - 24/07/2019 14:28:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL

112068380115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

24/07/2019

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

FONE / FAX

1435325198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num.	001	Num.	002
Venc.	23/08/2019	Venc.	22/09/2019
Valor	R\$ 2.568,75	Valor	R\$ 2.568,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.376,50	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

VELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE

0-Por conta do Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

14.990.752/0001-51

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO

SÃO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

146964519117

QUANTIDADE

6

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

14,580

PESO LÍQUIDO

12,750

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): ABR1990233371300B - Validade: 30/04/2022	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,9600	3.392,00	0,00	0,00		0,00	
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): ABR1990031291600B - Validade: 30/04/2022	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,9500	897,50	0,00	0,00		0,00	
EE905500	EQUIPO GIRASET EG 0623 T000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): JUN1990553400600B - Validade: 30/06/2022	90189099	040	5101	UN	50,0000	16,9600	848,00	0,00	0,00		0,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: PEDIDO DE 22/07/2019, ORC 013765, COTACAO 2633. ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO ATE 30 09 2019 PELO INCISO XLVII CONV ICMS 49 DE ABRIL 2017 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 16800-000, CENTRO MIRANDOPOLIS, - *** Pedido de Venda: 430913 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1376.50 (26.79%). Fonte: IBPT. Email do Destinatário: JPINOTTI@AHBB.ORG.BR
CIRURGICANEVES@CIRURGICANEVES.COM.BR
VE

RESERVADO AO FISCO

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100739018174380210000302472

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 92.304

NOSSO NUMERO 17115360000739018

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 23/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 3.024,72

VALOR COBRADO 3.024,72

=====

NR. AUTENTICACAO 3.364.18F.0DB.879.7D6

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

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDAPC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1198462 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0867 7291 7800 0491 5500 1001 1984 6216 2330 9137

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

135190611266440 22/08/2019 16:24:50

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

22/08/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

22/08/2019

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

1198462/1

23/09/2019

3.024,72

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

3.024,72

VALOR DO ICMS

434,18

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.024,72

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

3.024,72

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2290

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

13,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,18064

PESO BRUTO

61,888

PESO LÍQUIDO

61,888

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
021223	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HIPOLABOR) (ITEM GENE	30049099	500	5102	AP	100,00	1,623	162,30	162,30	19,48	0,00	12,00	0,00
028215	MEROPENEM 1G (BIOQUÍMICO) (ITEM GENE	30042099	500	5102	FA	50,00	18,06	903,00	903,00	108,36	0,00	12,00	0,00
029193	ALCOOL 70% 1000ML (CALLAMARYS) L: A7N191106 Q: 12,000 V: 30/06/2021	22089000	000	5102	L	12,00	4,5992	55,19	55,19	9,93	0,00	18,00	0,00
013992	AGUA PARA INJECÃO 10ML (EQUIPLEX) L: 1931379 Q: 4 00,000 V: 30/07/2021	30049099	000	5102	AP	400,00	0,1549	61,96	61,96	7,44	0,00	12,00	0,00
027260	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% (FARMACE) L: 19E8516 Q: 200,000 V: 30/05/2021	30039099	000	5102	AP	200,00	0,2194	43,88	43,88	7,90	0,00	18,00	0,00
021942	FENTANILA, CITRATO 78,5MCG 10ML EQUIVALE (HIPOLABOR) (ITEM GENE	30049099	000	5102	AP	100,00	3,02	302,00	302,00	36,24	0,00	12,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENE	30049099	000	5102	AP	100,00	2,7595	275,95	275,95	33,11	0,00	12,00	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

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 0107/2017 DATA ENTREGA: 23/08/2019 Pedido: 1458072 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1458072 *** 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. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(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

RESERVAÇÃO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/08/19
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

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 Nº. 1198462 FL 2 / 2 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3519 0867 7291 7800 0491 5500 1001 1984 6216 2330 9137 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 135190611266440 22/08/2019 16:24:50									
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	
028281	ELETRODO PARA ECG (3M) L: 1903700553 Q: 300,0000 V: 28/02/2021	90181990	300	5102	PC	300,00	0,3317	99,51	99,51	17,91	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L: C8928 Q: 12,0000 V: 30/05/2021	33069000	000	5102	FR	12,00	4,9224	59,07	59,07	10,63	0,00	18,00	0,00
030825	COMPRESSA DE GAZE 11F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 1906 Q: 2.700,0000 V: 30/06/2022	30059090	000	5102	PC	2.700,00	0,0329	88,83	88,83	15,99	0,00	18,00	0,00
025725	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (AMERICA MEDICAL) L: 0744 Q: 1.500,0000 V: 30/06/2023	30059090	000	5102	PC	1.500,00	0,0317	47,55	47,55	8,56	0,00	18,00	0,00
029145	MASCARA CIR. TRIPLA C/ELASTICO (TALGE) L: TMTW042 Q: 300,0000 V: 01/07/2023	63079010	200	5102	PC	300,00	0,0929	27,87	27,87	5,02	0,00	18,00	0,00
026230	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN) L: E0293 Q: 200,0000 V: 30/03/2023	90183999	200	5102	PC	200,00	0,186	37,20	37,20	6,70	0,00	18,00	0,00
026125	FRALDA GERIATRICA EG (IRIS/MAXICONFOR) L: 5082 Q: 84,0000 V: 08/07/2022	96190000	000	5102	PC	84,00	1,3017	109,34	109,34	19,68	0,00	18,00	0,00
016727	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M (LEMGRUBER) L: PR0191 Q: 2.000,0000 V: 30/10/2021	40151900	000	5102	PC	2.000,00	0,165	330,00	330,00	59,41	0,00	18,00	0,00
016648	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G (LEMGRUBER) L: PR015J Q: 1.000,0000 V: 30/08/2022	40151900	000	5102	PC	1.000,00	0,1638	163,80	163,80	29,48	0,00	18,00	0,00
027531	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL C/VALVULA N.14 (MARK MED) L: 13851 Q: 200,0000 V: 01/07/2023	90183929	000	5102	PC	200,00	0,6226	124,52	124,52	22,41	0,00	18,00	0,00
011289	SERINGA DESC 20ML SEM AGULHA L.SLIP (BD) L: 9106687 Q: 250,0000 V: 30/04/2024	90183119	500	5102	PC	250,00	0,531	132,75	132,75	15,93	0,00	12,00	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													

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000080754914401044880220000081268

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 92.305

DATA DE VENCIMENTO 24/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 812,68

VALOR COBRADO 812,68

=====

NR.AUTENTICACAO 2.6EF.214.BC3.F4E.3AB

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 344896
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3448 9610 0029 9465

Consulta de autenticidade no portal nacional de 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
131193384816244 13/08/2019 17:31:41

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
13/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA EM SAÍDA
13 AGO 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 24/09/2019 812,68

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
779,30	49,04	0,00	0,00	812,68
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				812,68

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

31,12

31,12

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
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI- TEX-CREMER REF.257199 LT 2316730 (1)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 2316730, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/08/2019, Data Val: 30/07/20- 21)	30051030	000	6108	PCT	1	64,1900	64,19	64,19	7,70		12,00	
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER LT CAM12501 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: CAM12501, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 30/05/2021)	30051090	000	6108	PCT	1	10,8100	10,81	10,81	1,30		12,00	
9928	CANULA TRAQUEOST.C/BALAO N.6,0 PC-BCI ME- DICAL REF.97221204 LT 119619 (1)02/24 (Fornecedor: 4, Lote: 119619, Qtde: 1 ,Da- ta Fab: 31/05/2019, Data Val: 28/02/2024)	90183929	040	6108	PC	1	33,3800	33,38					
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	
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57118101 (6)10/23 (Fornecedor: 4, Lote: 57118101, Qtde: 6 ,Data Fab: 22/04/2019, Data Val: 30/10/2023)	90183219	200	6108	CX	6	5,1800	31,08	31,08	1,24		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 16 12...
ITEM 3 Isento de ICMS conf. Conv. 1 de 02/03/99, prorrogado ate 30/09/2019
ITENS 5 a 6,8 a 9 Alíquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado
Federal

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 91,23

Pedido: 316764

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: 0,21

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/08/19
ASS. 10my

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 e/ou faltas
só serão repostas de forem relacionadas
no conhecimentos do transportes.

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-SAÍDA

1

Nº 344896
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3448 9610 0029 9465

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

131193384816244 13/08/2019 17:31:41

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
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT G425 (3)07/24 (Fornecedor: 4, Lote: G425, Qtde: 3, Data Fab: 12/08/2019, Data Val: 31/07/-2024)	90183119	200	6108	CX	3	51,0000	153,00	153,00	6,12		4,00	
16994	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/1- 2-DESCARPACK LT 1243XM5 (1)05/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1243XM5, Qtde: 1, Data Fab: 03/06/2019, Data Val: 30/05/2022)	96190000	000	6108	FD	1	131,9400	131,94	131,94	15,83		12,00	
16983	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-NUGARD LT 337-3940 (2)12/23 (Fornecedor: 4, Lote: 33739-40, Qtde: 2, Data Fab: 14/05/2019, Data Val: 31/12/2023)	40151900	200	6108	CX	2	137,6750	275,35	275,35	11,01		4,00	
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9-5(PFF2) LT SMNSAA005 (3)08/23 (Fornecedor: 4, Lote: SMNSAA005, Qtde: 3, Data Fab: 04/07/2019, Data Val: 30/08/2023)	63079010	200	6108	CX	3	32,1367	96,41	96,41	3,86		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 Miranópolis
Tipo Despesa. Custeio

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000080754913601040980220000157134

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 92.306

DATA DE VENCIMENTO 24/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.571,34

VALOR COBRADO 1.571,34

=====

NR.AUTENTICACAO 1.78A.A7F.4EF.2FC.AFF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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**
8Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA 1Nº 344862
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3448 6210 0125 6494

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 nao contribuintePROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131193384742334 13/08/2019 16:51:30INSCRIÇÃO 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
13/08/2019ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
13 AGO 2019MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 24/09/2019 1.571,34

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.571,34	188,56	0,00	0,00	1.571,34
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
				1.571,34

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
TRANSFARMA LOGISTICA E TRANSPORTES LTDA-EPPFRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
17557611000219ENDEREÇO
RUA PORTO, 659MUNICÍPIO
BELO HORIZONTEUF
MGINSCRIÇÃO ESTADUAL
0027571100003

QUANTIDADE

3

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

17,13

PESO LÍQUIDO

17,13

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
13493	BROMOPRIDA 10MG 100AMP 2ML GEN-HIPOLABOR LT AT00719 (1)01/21 (Lote: AT00719, Qtde: 1, Dt Val: 30/01/2021)	30049045	000	6108	CX	1	114,5500	114,55	114,55	13,75		12,00	
14491	HEMOPOL 5.000UI 25AMP 0,25ML-CRISTALIA LT 19040429 (5)04/21 (Lote: 19040429, Qtde: 5, Dt Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	5	115,9340	579,67	579,67	69,56		12,00	
5153	CLINDAMICINA 600MG 100AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AA01219 (1)03/21 (Lote: AA01219, Qtde: 1, Dt Val: 30/03/2021)	30042069	000	6108	CX	1	195,1800	195,18	195,18	23,42		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19A4-2B (5)01/21 (Lote: 19A42B, Qtde: 5, Dt Val: 30/01/2021)	30042099	000	6108	TB	5	6,1000	30,50	30,50	3,66		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1918570 (1)07/22 (Lote: 191857-0, Qtde: 1, Dt Val: 30/07/2022)	38089429	000	6108	CX	1	42,1900	42,19	42,19	5,06		12,00	
12772	PENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR AL LT AS04319 (1)03/21 (Lote: AS04319, Qtde: 1, Dt Val: 30/03/2021)	30045090	000	6108	CX	1	158,2200	158,22	158,22	18,99		12,00	
13324	MIDAZOLAM 50MG 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR B1 LT AP03319 (1)03/21 (Lote: AP03319, Qtde: 1, Dt Val: 30/03/2021)	30049099	000	6108	CX	1	283,3100	283,31	283,31	34,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# r14 b5...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 94,28

Pedido: 316753

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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/08/19
ASS. *kmv*Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo 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.

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

Nº 344862
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0811 2060 9900 0107 5500 1000 3448 6210 0125 6494

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

131193384742334 13/08/2019 16:51:30

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
24050	QUETIAPINA(QUETIPIN) 25MG 30CPR-CRISTALIA C1 LT 19030304L (4)03/21 (Lote: 19030304L, Qtde: 4, Dt Val: 31/03/2021)	30049079	000	6108	CX	4	4,7150	18,86	18,86	2,26		12,00	
3775	SUCCINIL COLIN 100MG 1FAM EV/IM-U.QUIMICA LT 1923768 (5)06/21 (Lote: 1923768, Qtde: 5, Dt Val: 30/06/2021)	30049099	000	6108	FAM	5	8,9820	44,91	44,91	5,39		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18005731 (2)11/20 (Lote: BF18005731, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2020)	30043100	000	6108	FR	2	18,7350	37,47	37,47	4,50		12,00	
2838	APRESOLINA 25MG 20DRG-NOVARTIS LT 1901589 (2)11/20 (Lote: 1901589, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2020)	30049069	000	6108	CX	2	5,8100	11,62	11,62	1,39		12,00	
4031	HIDRALAZINA(APRESOLINA)50MG 20DRG-NOVARTIS LT 1849907 (2)04/20 (Lote: 1849907, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2020)	30049069	000	6108	CX	2	8,2100	16,42	16,42	1,97		12,00	
12473	FLUMAZENIL 0,5MG 5AMP 5ML GEN-U.QUIMICA C1 LT 1916885 (1)04/21 (Lote: 1916885, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2021)	30049069	000	6108	CX	1	38,4400	38,44	38,44	4,61		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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000080754912801047180220000075991

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 92.307

DATA DE VENCIMENTO 24/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 759,91

VALOR COBRADO 759,91

=====

NR.AUTENTICACAO 9.B0B.474.FB0.C57.70B

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 23920
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0811 2060 9900 0441 5500 1000 0239 2010 0048 5480

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
135190585074337 13/08/2019 16:47:24

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
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
13/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
13 AGO 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 24/09/2019 759,91

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
683,25	122,98	0,00	0,00	759,91
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	759,91

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
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE
3

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

19,61

19,61

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
3617	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-ORTOBOM (Fornecedor: 259, Lote: 248, Qtde: 3, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 01/06/2024)	90211020	000	5102	DZ	3	5,6300	16,89	16,89	3,04		18,00	
23298	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/200 VEDCAP-CREMER 592559 (Fornecedor: 1496, Lote: 201812, Qtde: 1, Data Fab: 18/12/2018, Data Val: 31/12/2021)	90189010	000	5102	PCT	1	43,3200	43,32	43,32	7,80		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP (Fornecedor: 4, Lote: SEUUA000-2, Qtde: 2, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90189010	200	5102	PCT	2	21,4000	42,80	42,80	7,70		18,00	
10689	SONDA ENT.12PR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900021110, Qtde: 10, Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2022)	90183921	040	5102	PC	10	7,6660	76,66					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR (Fornecedor: 2080, Lote: 05219S06AAAA, Qtde: 8, Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/12/2020)	90181100	200	5102	PCT	8	10,6413	85,13	85,13	15,32		18,00	

UF DOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ITI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 3. Rota R0 possui 1

volume(s), rota R2 possui 2 volume(s) #R0V1R2V2..

ITEM 4 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate

30/09/2019.

Pedido: 24131

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

COMERCIAL

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota..... 3 Cubagem: 0,15

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/08/19
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

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

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 23920
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3519 0811 2060 9900 0441 5500 1000 0239 2010 0048 5480

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

135190585074337 13/08/2019 16:47:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL
183.070.970.117

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
17769	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-CREMER REF.- 375206 (Fornecedor: 1496, Lote: 2309580, Qtde: 100 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	48114190	000	5102	PC	100	1,7828	178,28	178,28	32,09		18,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20- 0-TKL (Fornecedor: 992, Lote: 22C165D8, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/03/2024)	90183999	200	5102	CX	1	37,5400	37,54	37,54	6,76		18,00	
10732	SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-SOLIDOR (Fornecedor: 2080, Lote: 1119031, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 30/03/20- 24)	90183929	200	5102	CX	1	32,7800	32,78	32,78	5,90		18,00	
23675	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/1- 0-DANNY LT DCSV009/18 (1) 06/2023 (Forne- cedor: 2413, Lote: DCSV009/18, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/20- 23)	39262000	200	5102	CX	1	94,0500	94,05	94,05	16,93		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310014C (1) 05/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310014C, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/0- 3/2019, Data Val: 10/05/2024)	48191000	000	5102	CX	1	52,2000	52,20	52,20	9,40		18,00	
23617	EQ MAC.PL.IL.F/A:P 1,5MT PGC C/25-DESCAR (Fornecedor: 918, Lote: SEMAAA0221, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 31/03/- 2024)	90189010	200	5102	PCT	1	17,5600	17,56	17,56	3,16		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL PLEX.S/FILT.C/20-DESCAR (Fornecedor: 918, Lote: SEMAAA0012, 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- -ECLYPES (Fornecedor: 1824, Lote: BAL22, Qtde: 5 ,Data Fab: 29/01/2019, Data Val: 29/01/2024)	54071029	000	5102	PCT	5	9,3800	46,90	46,90	8,44		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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800038470019780230000024072

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 92.308

DATA DE VENCIMENTO 25/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 23/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 240,72

VALOR COBRADO 240,72

=====

NR.AUTENTICACAO B.593.E2B.07D.949.590

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 - MIRANDÓPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5668 CEP: 16800-000

livrariaestudebem@hotmail.com

DANIEL
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.004.473

Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0901 6416 6500 0147 5500 1000 0044 7319 9236 6801

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

135190658663401 09/09/2019 16:20:31

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

09/09/2019

ENDEREÇO

Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA

BAIRRO / DISTRITO

Jardim Ariano

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

09/09/2019

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

TELEFONE / FAX

(14)3532-5198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:07:47

DUPLICATAS

Número : 001
Vencimento : 09/10/2019
Valor R\$: 481,45

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

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

481,45

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

481,45

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

29

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

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 IPI
33058	PASTA A-Z POLYCARTE PLASTIFICADA LOMBO LARGO	48196000	0500	5405	UN	10,00	11,57	0,00	115,70	0,00	0,00	0,00	0,00
21983	PLASTICO CONTACT BRAND TRANSPARENTE	48201000	0500	5405	MT	5,00	5,45	0,00	27,25	0,00	0,00	0,00	0,00
20395	LIVRO ATA 100 FLS SAO DOMINGOS	48201000	0500	5405	UN	4,00	11,20	0,00	44,80	0,00	0,00	0,00	0,00
48268	GRAMPEADOR CIS PRETO P/ 25 FLS C-18	84729040	0500	5405	UN	1,00	32,50	0,00	32,50	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
38216	PAPEL SULFITE RINO CX/ 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	1,00	195,90	0,00	195,90	0,00	0,00	0,00	0,00
33059	PASTA A-Z POLYCARTE LOMBO ESTREITO	48196000	0500	5405	UN	4,00	12,85	0,00	51,40	0,00	0,00	0,00	0,00
830	MARCA TEXTO PILOT AMARELA	96082000	0500	5405	UN	2,00	3,30	0,00	6,60	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

3.4.000552

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR TOTAL DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Val. Aprox. Impostos R\$39,74 (8,25%) Federal

R\$2,50 (0,52%) 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 2008.

RESERVADO AO FISCO

Uf mirandopolis

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 09/09/2019 16:20:39

FX Sistemas - (18) 3701-0814 / (18) 3701-8314 / (18) 3701-5484 / (18) 3701-4689 - www.fxistemas.com

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

26/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:11:20
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 26/09/2019
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 2.049,62

***** TRANSFERIDO PARA:

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

NR.AUTENTICACAO 9.82B.042.B9E.42E.570

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

26/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:46:21
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 26/09/2019
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 242.476,52

***** TRANSFERIDO PARA:

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

NR.AUTENTICACAO 5.2D5.208.A49.A81.319

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



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G334061719095617411
06/10/2019 21:02:13

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

Data 26/09/2019 Valor R\$ 3.552,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 47, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta 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 06/10/2019 21:02:13

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Número Carteira Profissional 63679	Série 00240
--	---------------------------------------	----------------

PERÍODOS

De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 28/09/2019 A 27/10/2019 = 30 Dias	De Abono
---	---	----------

BASE PARA CÁLCULO

PROVENTOS E DESCONTOS

Faltas não justificadas:	00	Férias:	3.171,45	P
Salário Base:	2.450,39	1/3 das Férias:	1.057,15	P
Média Horas:	491,13	Abono de Férias:	0,00	
Média Valores:	30,33	1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Outras Vantagens:	199,60	Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
TOTAL BASE CALCULO:	3.171,45	1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
		Salário Família:	0,00	
		1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
		Desconto da Previdência:	465,14	D
		Desconto do imposto de Renda:	210,65	D
		TOTAL DOS PROVENTOS:	4.228,60	P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	675,79	D
		TOTAL LIQUIDO:	3.552,81	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 3.552,81 (três mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e um centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 29/08/2019

ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN

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\$ 3.552,81 (três mil quinhentos e cinquenta e dois reais e oitenta e um 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: 26/09/2019
MIRANDOPOLIS

ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN

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



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G334061719095617408
06/10/2019 21:00:40

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

Data 26/09/2019 Valor R\$ 4.040,50 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 46, lançado a débito em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

(Quatro mil e quarenta reais e cinquenta centavos)

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

* A data da disponibilização dos créditos aos favorecidos não coincide necessariamente com a data do débito deste aviso.

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 06/10/2019 21:00:40

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Mina 26/09

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado
JOSE LOPES DE OLIVEIRA

Número Carteira Profissional
40474

Série
00048

PERÍODOS

De Aquisição
04/10/2018 A 03/10/2019

De Gozo das Férias
01/10/2019 A 30/10/2019 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 1.343,95
Média Horas: 209,85
Média Valores: 15,17
Outras Vantagens: 199,60
TOTAL BASE CALCULO: 1.768,56

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 1.768,57 P
1/3 das Férias: 589,52 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: 212,22 D
Desconto do imposto de Renda: 0,00

TOTAL DOS PROVENTOS: 2.358,09 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 212,22 D
TOTAL LIQUIDO: 2.145,87 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\$ 2.145,87 (dois mil cento e quarenta e cinco reais e oitenta e sete centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 30/08/2019

JOSE LOPES DE OLIVEIRA

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\$ 2.145,87 (dois mil cento e quarenta e cinco reais e oitenta e sete 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: 27/09/2019
MIRANDOPOLIS

JOSE LOPES DE OLIVEIRA

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	Número Carteira Profissional 018787	Série 00397
--	---	-----------------------

PERÍODOS

De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 01/10/2019 A 30/10/2019 = 30 Dias	De Abono
--	--	----------

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	01
Salário Base:	1.343,95
Média Horas:	1,63
Média Valores:	16,33
Outras Vantagens:	199,60
TOTAL BASE CALCULO:	1.561,51

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.561,51	P
1/3 das Férias:	520,50	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:	187,38	D
Desconto do imposto de Renda:	0,00	
 TOTAL DOS PROVENTOS:	 2.082,01	 P
TOTAL DOS DESCONTOS:	187,38	D
TOTAL LIQUIDO:	1.894,63	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\$ 1.894,63 (um mil oitocentos e noventa e quatro reais e sessenta e três centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 30/08/2019

LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ

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\$ 1.894,63 (um mil oitocentos e noventa e quatro reais e sessenta e três 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: 27/09/2019
MIRANDOPOLIS

LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ

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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100736505173180250000111388

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 92.601

NOSSO NUMERO 17115360000736505

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 27/09/2019

DATA DO PAGAMENTO 26/09/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.113,88

VALOR COBRADO 1.113,88

=====

NR.AUTENTICACAO E.5A1.2C1.6E3.0B9.659

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 Rioclarensense COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA PC EMILIO MARCONATO 1000 - NÚCLEO RESIDENCIAL DOSEUR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP CEP 13916-074 - 1935225800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1194821 FL 1/2 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3519 0867 7291 7800 0491 5500 1001 1948 2116 2330 9138 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 135190584385418 13/08/2019 14:34:56	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 67.729.178/0004-91	

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 MUNICÍPIO LINS		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 UF SP		DATA DA EMISSÃO 13/08/2019 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 13/08/2019 HORA DE SAÍDA	
FONE / FAX 1836591243		INSCRIÇÃO ESTADUAL			

FATURA/DUPLICATA	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1194821/1		27/09/2019	1.113,88						

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		1.113,88		193,73		0,00		0,00		1.113,88	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		1.113,88	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2290 QUANTIDADE 4,00 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA SAO JOSE DO RIO PRETO FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ 15.066.184/0001-60 INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114 PESO BRUTO 19,064 PESO LÍQUIDO 19,064					
MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO		UF SP		CNPJ 15.066.184/0001-60	
NUMERO 0,03019		PESO BRUTO 19,064		PESO LÍQUIDO 19,064	

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
021280	DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML (SANTISA) L: 11509519 Q: 200,0000 V: 01/05/2021	30039099	000	5102	AP	200,00	0,5287	105,74	105,74	19,03	0,00	18,00	0,00
030332	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC904 Q: 6,0000 V: 30/03/2021	30049099	000	5102	SE	6,00	23,5752	141,45	141,45	25,47	0,00	18,00	0,00
025526	HIDROCORTISONA 100MG,SUCCINATO SODICO (NOVAFARMA) L: 78NF2074 Q: 100,0000 V: 30/06/2021	30043210	000	5102	AP	100,00	2,3575	235,75	235,75	42,44	0,00	18,00	0,00
004249	RANITIDINA 25MG/ML,CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITE M GENERICO) L: 19070650 Q: 200,0000 V: 30/07/2021	30039099	000	5102	AP	200,00	0,5639	112,78	112,78	13,53	0,00	12,00	0,00
025448	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (PHARLAB) L: 19000631 Q: 100,0000 V: 28/02/2021	30049043	000	5102	TB	100,00	2,4083	240,83	240,83	43,35	0,00	18,00	0,00
025578	AGUA PARA INEJCAO 10ML (FARMACE) L: 19G8745C Q: 400,0000 V: 30/07/2021	30039099	000	5102	AP	400,00	0,1549	61,96	61,96	11,15	0,00	18,00	0,00
015423	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE) L: 190400012 8 Q: 96,0000 V: 30/03/2024	30059090	000	5102	RO	96,00	0,7049	67,67	67,67	12,18	0,00	18,00	0,00
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW237 Q: 600,0000 V: 30/01/2024	65069900	200	5102	PC	600,00	0,0431	25,86	25,86	4,65	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 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 0107/2017 DATA ENTREGA: 14/08/2019 Pedido: 1452608 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1452608 *** 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 14/08/19 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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUÇOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13016-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1194821 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0867 7291 7800 0491 5500 1001 1948 2116 2330 9138

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

135190584385418 13/08/2019 14:34:56

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
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (ACON/OCEANS) L: 1290303 Q: 200,0000 V: 22/01/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,5422	108,44	108,44	19,52	0,00	18,00	0,00
029920	MONITOR (ACON/SOCINTER) L: 3366836 Q: 1,0000 V: 31/01/2020	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

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090224871700700018362178580280000023460

BENEFICIARIO:

CENTER M C M PAPEIS LTDA

NOME FANTASIA:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINAS E P

CNPJ: 62.771.316/0001-34

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	92.602
---------------	--------

NOSSO NUMERO	22487170000018362
--------------	-------------------

CONVENIO	02248717
----------	----------

DATA DE VENCIMENTO	30/09/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	26/09/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	234,60
--------------------	--------

VALOR COBRADO	234,60
---------------	--------

=====

NR.AUTENTICACAO	A.696.7F5.151.99F.B43
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 000016532 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 contato@centermaq.com I.E: 438.076.337.119	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000016532 Data Emissão 16/09/2019
--	---	---	--

Nº Fatura 000016532	Valor R\$ 234,60	Vencimento 30/09/2019
------------------------	---------------------	--------------------------

Pagador
ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço
AV JOSE A RODRIGUES 303

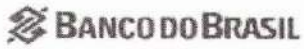
Município/UF LINS	CEP 16400-400	CNPJ 45.349.461/0001-02	Insc.Estadual ISENTO	Insc.Municipal
----------------------	------------------	----------------------------	-------------------------	----------------

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso
DUZENTOS E TRINTA E QUATRO REAIS E SESSENTA CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/08/201 9 A 16/09/2019, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 910 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 54,60	1	234,60		234,60
Valor total da nota R\$			0,00	234,60

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.

	001-9	00190.00009 02248.717007 00018.362178 5 80280000023460
--	--------------	--

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 30/09/2019
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 0141-4/00100131-0
Data do Documento 16/09/2019	Número do Documento 000016532/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/09/2019	Nosso Número 22487170000018362
Uso do Banco	Carteira 17	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 234,60

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário) NAO DISPENSAR JUROS DE MORA COBRAR JUROS DE R\$ 0,31 AO DIA NAO CONCEDER DESC. PROTESTAR APOS 5 DIAS	(-) 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 22487170000018362
--	--

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

09/09/19
211

06/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 20:44:21
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790601029924500000726000107701280280000068000

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	92.603
DATA DE VENCIMENTO	30/09/2019
DATA DO PAGAMENTO	26/09/2019
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 0.AE8.D85.F40.CC9.099

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	INFC Nº: 000.112.165 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.biomedical.ind.br www.cateter.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.112.165 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3519 0851 9436 4500 0107 5500 1000 1121 6510 0464 0322 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 135190630317001 - 29/08/2019 15:10:34 CNPJ 51.943.645/0001-07	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		
INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 29/08/2019
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 29/08/2019
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	UF SP	HORA DE SAÍDA 15:10:04
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

FATURA			
Número 001	Data Veto 30/09/2019	Valor 680,00	
CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 680,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 110,16	
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF SP	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.		MUNICÍPIO SAO PAULO		INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 0,980	PESO LÍQUIDO 0,700	
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA				

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
CTD20BN	Cateter para Subclavia D/L CVC 7Fr x 20cm com acessórios BN R.O.P.M: 0702040150 L: 33928 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12. No FCI:1617 C2BF-9667-45A7-82AB-EA8D1EC63C87	90183929	5 40	5101	UN	10.0000	68.000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00	110,16

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 85215163				

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 84932 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20%) Estadual: R\$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO OI TAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PEL O CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2 017	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 30/08/2019 ASS. <i>Dmy</i>

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/10/2019 - AUTOATENDIMENTO - 20.44.22
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 100.794,90

DEBITO EM: 26/09/2019

=====

DOCUMENTO: 092604

AUTENTICACAO SISBB: 8.4B9.998.DE7.822.C5C

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



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

Número da
NFS-e
210

Data e Hora da Emissão	24/09/2019 10:00:36	Competência	24/9/2019	Código de Verificação	278302933
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	(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/Diaristas

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	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00	
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00	
(-) Retenções Federais	6.605,10	0-Nenhum	Base de Cálculo	107.400,00	
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00	
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$	100.794,90	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R\$	2.148,00	
		2-Não			

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://SaoCarlos.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

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

26/09/2019
211

30/09/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:15:17
679006790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	30/09/2019
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	242.476,52

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

NR.AUTENTICACAO	C.64C.7A6.00E.569.6A3
-----------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JA015967 ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

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

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 18 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

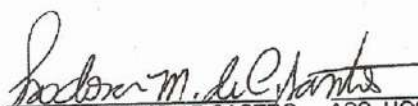
Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento UTE MIRANDÓPOLIS Função AUX DE FARMÁCIA

21/07 dom	06:50	12:17	13:24	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	06:46	12:01	13:01	19:06	11:20	00:00	00:00	11:20
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	06:42	12:33	13:39	19:11	11:00	00:00	00:00	11:18
28/07 dom	06:52	12:06	13:14	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	06:46	12:11	13:11	19:07	11:21	00:00	00:00	11:21
01/08 qui	06:45	12:00	12:57	19:00	11:18	00:00	00:00	11:18
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	06:45	12:59	13:56	19:17	11:35	00:00	00:00	11:35
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 7 dias, 8 folgas/feriados, 16 afastamentos					78:34	00:00	00:00	78:52

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário 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
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


ISADORA MORAIS DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 17 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

21/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	06:49 12:05 13:00 19:05 11:21	00:00	00:00	00:00	11:21
01/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:55 13:19 14:10 19:07 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	06:57 12:05 13:01 19:10 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	06:55 13:07 14:02 19:00 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	07:11 12:10 13:07 19:08 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	06:47 11:58 12:52 18:11 10:30	00:00	00:00	00:00	10:30
11/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:57 12:00 13:01 19:03 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	07:04 12:15 13:13 19:05 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	06:56 13:41 14:41 19:05 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	06:54 12:57 13:53 19:04 11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 10 dias, 11 folgas/feriados, 10 afastamentos		109:51	00:00	00:00	109:51

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

 GISLAINE MACHADO
MORABITO
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 37 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	06:56	14:53	15:47	19:31	11:00	00:00	00:00	11:31
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	18:40	20:22	21:14	07:05	00:20	08:00	00:00	10:53
25/07 qui	06:52	07:14			00:00	08:00	00:00	24:22
26/07 sex	18:49	20:03	21:00	07:03	00:11	08:00	00:00	10:28
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	06:59	13:05	13:08	14:03	19:26	07:01	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	06:57	13:57	14:57	19:21	11:00	00:00	00:00	11:21
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	07:02	14:23	15:13	19:43	11:00	00:00	00:00	11:43
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	06:53	15:02	16:01	21:23	11:00	00:00	00:00	13:23
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	18:58	20:18	21:19	07:00	00:02	08:00	00:00	10:03
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	06:58	14:36	15:34	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	07:02	14:48	15:47	19:18	11:00	00:00	00:00	11:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	07:05	14:32	16:12	19:18	10:33	00:00	00:00	10:33
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	07:06	15:35	16:38	19:42	10:51	00:00	00:00	11:33
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	07:03	14:00	15:00	19:17	11:00	00:00	00:00	11:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					105:58	32:00	00:00	165:51

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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


PRISCILA SANTOS LEITE DE
ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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)

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 38 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

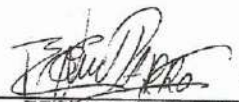
Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento: UH MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMACIA

21/07 dom	18:51	20:02	20:56	07:03	11:18	08:00	00:00	11:18
22/07 seg	17:59	20:15	21:14	06:00	10:01	08:00	00:00	11:02
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	18:50	20:16	21:17	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	17:54	20:21	21:27	06:00	09:54	08:00	00:00	11:00
27/07 sab	18:50	20:21	21:17	07:13	11:27	08:00	00:00	11:27
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	17:54	20:16	21:23	06:00	09:53	08:00	00:00	10:59
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	17:51	20:36	21:31	06:00	10:05	08:00	00:00	11:14
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	18:50	20:23	21:20	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	17:59	20:12	21:02	06:00	10:10	08:00	00:00	11:11
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	17:57	20:17	21:19	06:00	09:58	08:00	00:00	11:01
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	18:48	20:22	21:24	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
11/08 dom	18:50	20:27	21:22	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	18:05	20:21	21:24	06:00	09:57	08:00	00:00	10:52
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	17:59	20:22	21:24	06:00	09:58	08:00	00:00	10:59
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	18:52	20:24	21:29	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	17:59	20:23	21:23	06:01	10:01	08:00	00:00	11:02
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados				167:42		128:00	00:00	177:05

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


REGINA LEIA PARRO
RODRIGUES DE
SOUSA
23.8.19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 46 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: WILLIAN SOUZA SALADINI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função:
FISIOTERAPEUTA

21/07 dom	18:20	21:00	21:15	00:01	05:26	02:18	00:00	05:26
22/07 seg	17:49	21:05	21:22	23:55	05:45	02:11	00:00	05:45
23/07 ter	18:01	20:42	20:57	00:00	05:45	02:17	00:00	05:45
24/07 qua	17:59	23:11	23:26	00:03	05:45	02:20	00:00	05:45
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	17:48	20:23	20:38	00:05	05:45	02:22	00:00	06:02
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	17:54	20:02	20:18	00:02	05:45	02:19	00:00	05:52
29/07 seg	17:59	20:05	20:22	00:06	05:45	02:24	00:00	05:50
30/07 ter	17:59	20:25	20:41	00:05	05:45	02:22	00:00	05:50
31/07 qua	17:53	21:14	21:30	00:09	05:45	02:27	00:00	06:00
01/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 2 folgas/feriados, 20 afastamentos					51:26	21:00	00:00	52:15

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga
15/5 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Willian G. Saladini
WILLIAN SOUZA SALADINI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 45 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: VIVIANE LIE YOKOYAMA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

21/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	05:52 09:56 10:01 12:39	05:45	00:00	00:00	06:42
02/08 sex	05:52 09:15 09:30 12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
03/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	05:51 09:16 09:29 12:17	05:45	00:00	00:00	06:13
06/08 ter	05:56 09:16 09:31 12:09	05:45	00:00	00:00	05:45
07/08 qua	05:55 09:15 09:30 12:01	05:45	00:00	00:00	05:45
08/08 qui	05:54 09:15 09:30 12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
09/08 sex	05:54 09:13 09:23 12:00	05:45	00:00	00:00	05:45
10/08 sab	05:55 09:15 09:35 12:07	00:00	00:00	00:00	05:52
11/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	05:53 09:46 10:00 11:52	05:45	00:00	00:00	05:45
13/08 ter	05:47 09:18 09:30 12:00	05:45	00:00	00:00	06:01
14/08 qua	05:53 09:30 09:40 12:19	05:45	00:00	00:00	06:16
15/08 qui	05:51 09:39 09:45 18:03	05:45	00:00	00:00	12:06
16/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	11:45 20:03 20:48 00:00	00:00	02:17	00:00	11:30
18/08 dom	17:45 20:00 20:15 23:57	00:00	02:13	00:00	06:57
19/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	05:56 09:45 10:00 11:55	05:45	00:00	00:00	05:45
TOTAL: 12 dias, 9 folgas/feriados, 10 afastamentos		69:00	04:30	00:00	100:52

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Viviane Lie Yokoyama
Fisioterapeuta
23/08/19
VIVIANE LIE YOKOYAMA

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 Seg á 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)

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 16 de 48
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	06:59	14:12	15:07	19:11	11:17	00:00	00:00	11:17
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	06:45	13:22	14:23	19:04	11:18	00:00	00:00	11:18
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	07:01	13:08	14:01	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	06:51	13:20	14:22	18:58	11:00	00:00	00:00	11:00
29/07 seg	06:42	13:10	14:03	19:04	11:00	00:00	00:00	11:18
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	06:45	13:04	14:00	19:04	11:23	00:00	00:00	11:23
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:48	13:23	14:12	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	06:43	12:55	13:48	14:55	15:58	19:04	10:25	00:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	06:51	13:08	14:08	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	06:58	13:37	14:24	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:48	13:04	14:04	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	06:47	13:26	14:24	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	19:15	19:30	20:25	07:10	00:00	08:00	00:00	10:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	06:45	11:55	13:19	19:04	10:55	00:00	00:00	10:55
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					143:18	08:00	00:00	153:36

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS
BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 15 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: EDILENE MANOEL
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	07:07	14:08	15:03	19:14		11:00	00:00	00:00	11:00
23/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	06:51	12:01	13:01	19:10		11:19	00:00	00:00	11:19
25/07 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	06:53	07:14	12:28	13:28	19:10	01:21	00:00	00:00	01:21
27/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	06:51	13:19	14:22	18:56		11:00	00:00	00:00	11:00
29/07 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	06:53	13:24	14:22	19:11		11:20	00:00	00:00	11:20
31/07 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	06:53	13:44	14:45	19:06		11:00	00:00	00:00	11:00
02/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	07:05	11:15	12:14	19:11		11:00	00:00	00:00	11:00
06/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	07:01	11:22	12:21	19:06		11:00	00:00	00:00	11:00
08/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	06:52	12:52	14:05	19:14		11:00	00:00	00:00	11:00
10/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	06:57	12:40	13:36	19:14		11:00	00:00	00:00	11:00
12/08 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	06:54	13:06	14:06	19:08		11:00	00:00	00:00	11:00
14/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	06:57	13:39	14:36	19:17		11:00	00:00	00:00	11:00
18/08 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	06:53	13:07	14:02	19:10		11:00	00:00	00:00	11:00
20/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados						134:00	00:00	00:00	134:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


EDILENE MANOEL

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 43 de 46

Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: THAIS BOARETO DA SILVA
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função:
 ENFERMEIRO(A) RT

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	07:36	12:46	13:53	16:43	07:00	00:00	00:00	08:00
23/07 ter	07:58	13:51	17:47	20:08	07:00	00:00	00:00	08:14
24/07 qua	08:28	12:47	13:38	16:51	07:00	00:00	00:00	07:32
25/07 qui	08:31	12:22	13:37	17:09	07:00	00:00	00:00	07:23
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	06:59	12:35	13:58	18:04	07:00	00:00	00:00	09:42
30/07 ter	07:51	13:34			05:43	00:00	00:00	05:43
31/07 qua	08:57	13:22	14:20	17:10	07:00	00:00	00:00	07:00
01/08 qui	08:04	12:32	13:32	16:01	07:00	00:00	00:00	07:00
02/08 sex	08:16	13:07	14:04	16:45	07:00	00:00	00:00	07:32
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	08:07	12:52	13:53	18:17	07:00	00:00	00:00	09:09
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	08:10	12:48	14:01	16:30	07:00	00:00	00:00	07:00
08/08 qui	08:06	12:40	13:57	17:14	07:00	00:00	00:00	07:51
09/08 sex	08:42	12:08	13:32	17:21	07:00	00:00	00:00	07:15
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 9 folgas/feriados, 9 afastamentos					89:43	00:00	00:00	99:21

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início:
 Segunda
 5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
 5/15 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 44 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	06:46	12:38	13:26	19:09	11:35	00:00	00:00	11:35
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	06:48	12:20	13:16	19:04	11:20	00:00	00:00	11:20
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	06:48	12:05	12:57	19:01	11:21	00:00	00:00	11:21
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	06:48	12:11	13:04	19:04	11:23	00:00	00:00	11:23
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	07:02	13:10	14:05	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:50	12:19	13:18	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	06:49	12:32	13:11	19:08	11:40	00:00	00:00	11:40
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	06:49	12:13	13:02	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	06:48	13:10	13:54	19:09	11:37	00:00	00:00	11:37
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	18:47	19:33	20:26	07:14	00:13	08:00	00:00	10:47
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	06:45	13:37	14:24	19:07	11:35	00:00	00:00	11:35
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:52	13:04	14:05	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	06:53	13:28	14:23	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	06:50	11:55	12:52	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					146:44	08:00	00:00	157:18

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA
DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 41 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário SONIA MARIA RIZZO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	06:54	12:33	13:29	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	06:51	12:02	12:59	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	06:53	12:04	13:03	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	06:54	12:14	13:08	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	06:58	12:05	13:00	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:48	13:19	14:10	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	06:48	12:30	13:06	19:08	11:44	00:00	00:00	11:44
04/08 dom	06:48	12:07	13:01	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	06:47	12:54	13:52	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	06:56	12:12	13:04	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:52	12:00	13:01	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	06:48	12:15	13:13	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	06:52	13:41	14:40	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
19/08 seg	06:52	11:59	12:56	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:44	00:00	00:00	154:44

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Sônia Maria Rizzo
SONIA MARIA RIZZO
260819

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 42 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: TANIA MARA BARRETO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

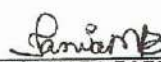
Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	06:52	12:21	13:21	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	06:51	12:12	13:08	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	06:49	13:06	13:59	19:05	11:23	00:00	00:00	11:23
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	06:48	12:13	13:08	19:03	11:20	00:00	00:00	11:20
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:48	12:24	13:16	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	06:51	13:02	13:59	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	06:51	12:07	13:03	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	06:55	12:04	12:59	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	06:53	12:51	13:52	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	07:06	12:10	13:05	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:52	12:06	13:02	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	06:52	12:05	13:03	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	07:00	12:52	13:46	16:54	09:00	00:00	00:00	09:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					141:43	00:00	00:00	141:43

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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
11

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 25 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: LETÍCIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	07:00	12:09	13:15	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	07:02	11:55	12:56	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	07:00	12:03	13:04	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	07:01	13:04	14:08	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	07:02	13:07	14:02	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	06:58	11:19	12:23	19:00	10:58	00:00	00:00	10:58
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	06:58	14:21	15:23	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	07:03	14:01	15:09	19:09	10:58	00:00	00:00	10:58
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	07:02	14:53	15:48	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	06:57	11:33	12:43	19:02	10:55	00:00	00:00	10:55
TOTAL: 10 dias, 20 folgas/feriados, 1 afastamento					109:51	00:00	00:00	109:51

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Letícia Ferraz
LETÍCIA MAIARA DOS SANTOS
26/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 26 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	18:57	19:29	20:21	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	18:52	19:24	20:28	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	18:57	19:41	20:41	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	19:02	19:24	20:21	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	18:53	19:32	20:21	07:00	11:18	08:00	00:00	11:18
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	20:29	07:04			10:35	08:00	00:00	10:35
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	18:54	19:22	20:16	07:15	11:00	08:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	18:55	19:20	20:15	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	19:12	19:36	20:29	07:00	10:55	08:00	00:00	10:55
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	18:54	19:26	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	07:04	11:55	12:47	19:01	00:01	00:00	00:00	10:06
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	18:53	19:17	20:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	18:55	19:23	20:17	06:55	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					131:49	96:00	00:00	141:54

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS
SANTOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 9 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg		19:01	20:05	21:15	07:00	10:49	08:00	10:49
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua		18:54	20:10	21:07	07:02	11:00	08:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex		18:47	20:13	21:12	07:01	11:00	08:00	11:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter		19:04	20:16	21:27	06:51	10:36	08:00	10:36
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui		18:50	20:02	20:57	06:50	11:00	08:00	11:00
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg		18:56	19:56	20:56	06:49	10:53	08:00	10:53
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua		18:51	19:52	20:49	06:48	11:00	08:00	11:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex		18:53	20:02	21:05	07:01	11:00	08:00	11:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom		19:05	20:07	21:00	06:49	10:51	08:00	10:51
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui		18:59	20:32	21:53	06:48	10:28	08:00	10:28
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab		18:55	20:13	21:15	07:02	11:00	08:00	11:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg		18:57	20:01	21:25	06:48	10:27	08:00	10:27
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					130:04	96:00	00:00	130:04

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


CATIA FERNANDA FERRAZ
23/08/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 10 de 45
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento: UTE MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	07:04	12:41	13:48	19:00	10:49	00:00	00:00	10:49
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	06:56	13:00	14:04	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	06:59	13:11	14:09	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
27/07 sab	07:00	13:07	14:19	19:05	10:53	00:00	00:00	10:53
28/07 dom	06:57	12:04	13:07	18:53	10:53	00:00	00:00	10:53
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	06:59	12:24	13:23	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	06:52	11:15	12:14	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	06:48	11:22	12:21	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
08/08 qui	07:03	12:41	13:48	19:09	10:59	00:00	00:00	10:59
09/08 sex	06:46	12:52	14:05	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	07:15	13:25	14:30	19:17	10:57	00:00	00:00	10:57
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	06:50	12:00	12:57	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	06:55	11:54		00:00	00:00	00:00	04:59
16/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	06:52	11:12	12:17	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados, 2 afastamentos					142:31	00:00	00:00	147:30

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Cristiane Pascoaleto Vendrame
CRISTIANE PASCOALETO
VENDRAME

22/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 17 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

21/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	06:49 12:05 13:00 19:05	11:21	00:00	00:00	11:21
01/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:55 13:19 14:10 19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	06:57 12:05 13:01 19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	06:55 13:07 14:02 19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	07:11 12:10 13:07 19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	06:47 11:58 12:52 18:11	10:30	00:00	00:00	10:30
11/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:57 12:00 13:01 19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	07:04 12:15 13:13 19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	06:56 13:41 14:41 19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	06:54 12:57 13:53 19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 10 dias, 11 folgas/feriados, 10 afastamentos		109:51	00:00	00:00	109:51

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


GISLAINE MACHADO
MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 18 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
	Forção AUX DE FARMÁCIA

21/07 dom	06:50	12:17	13:24	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	06:46	12:01	13:01	19:06	11:20	00:00	00:00	11:20
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	06:42	12:33	13:39	19:11	11:00	00:00	00:00	11:18
28/07 dom	06:52	12:06	13:14	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	06:46	12:11	13:11	19:07	11:21	00:00	00:00	11:21
01/08 qui	06:45	12:00	12:57	19:00	11:18	00:00	00:00	11:18
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	06:45	12:59	13:56	19:17	11:35	00:00	00:00	11:35
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 7 dias, 8 folgas/feriados, 16 afastamentos					78:34	00:00	00:00	78:52

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ISADORA MORAIS DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 4 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	06:54	13:56	14:56	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	06:49	13:19	14:22	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	06:51	13:02	14:00	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	06:47	13:10	14:02	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	07:01	13:03	14:04	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
01/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos					55:00	00:00	00:00	55:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI
CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 3 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	18:58	20:06	21:05	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	18:54	20:08	21:01	07:24	11:00	08:00	00:00	11:24
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	18:56	20:26	21:34	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	19:16	20:36	21:52	07:04	10:32	08:00	00:00	10:32
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	17:36	20:28	21:28	07:16	11:00	08:00	00:00	12:24
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	18:44	19:58	20:53	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	19:04	20:07	21:05	07:17	11:00	08:00	00:00	11:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	18:54	20:19	21:38	06:57	10:44	08:00	00:00	10:44
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	19:01	20:10	07:01	18:52	01:09	00:00	00:00	13:00
14/08 qua	20:25	07:12			10:47	08:00	00:00	10:47
15/08 qui	19:03	20:32	21:22	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	19:01	20:04	21:03	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	18:53	20:00	21:00	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					132:12	96:00	00:00	145:51

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA
MARDEGAN

23.8.19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 22 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador		ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL			
Funcionário		KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA			
Departamento		UTI MIRANDÓPOLIS			
		Função: TEC DE ENFERMAGEM			
21/07 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00

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

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 21 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função:
FISIOTERAPEUTA

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg		11:48	16:40	16:52	17:55	05:45	00:00	05:55
23/07 ter		11:38	14:59	15:13	18:10	05:45	00:00	06:18
24/07 qua		11:39	14:28	14:47	18:06	05:45	00:00	06:08
25/07 qui		11:43	14:59	15:25	23:44	05:45	01:58	11:35
26/07 sex	Folga					00:00	00:00	00:00
27/07 sab		11:37	19:06	19:54	23:50	05:45	02:05	11:25
28/07 dom		11:57	17:02	17:23	18:05	05:45	00:00	05:45
29/07 seg		11:44	15:03	15:20	18:06	05:45	00:00	06:05
30/07 ter	Folga					00:00	00:00	00:00
31/07 qua		11:45	13:37	13:52	18:04	05:45	00:00	06:04
01/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00
02/08 sex		17:46	20:07	20:24	00:07	05:45	02:25	06:04
03/08 sab		17:44	20:30	20:45	23:57	05:45	02:13	05:58
04/08 dom		11:49	12:56	13:49	23:50	05:45	02:05	11:08
05/08 seg		17:50	20:05	20:21	23:54	05:45	02:10	05:45
06/08 ter		18:03	19:38	19:54	23:53	05:45	02:09	05:45
07/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00
09/08 sex		17:54	19:36	19:54	23:58	05:45	02:14	05:45
10/08 sab		17:53	20:22	20:42	00:16	05:45	02:35	06:03
11/08 dom		17:49	20:20	20:42	23:55	05:45	02:11	05:45
12/08 seg		17:51	20:31	20:52	00:06	05:45	02:24	05:54
13/08 ter		17:48	19:55	20:34	23:55	05:28	02:11	05:28
14/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00
15/08 qui		17:38	20:46	21:01	23:59	05:45	02:16	06:06
16/08 sex		11:50	13:08	14:09	00:11	05:45	02:29	11:20
17/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga					00:00	00:00	00:00
19/08 seg		11:43	19:17	20:09	00:04	05:45	02:21	11:29
20/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00
TOTAL: 21 dias, 10 folgas/feriados					120:28	33:46	00:00	151:45

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga
15/5 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


JOSIANE DOS SANTOS
PEREIRA
23/06/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 28 de 45
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

21/07 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00

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

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 27 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	LUIS FERANDO BETONI
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	FISIOTERAPEUTA

21/07 dom	11:51	16:30	16:45	18:29	05:45	00:00	00:00	06:23
22/07 seg	05:57	09:07	09:23	12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	06:06	08:00	08:15	13:12	05:45	00:00	00:00	06:51
25/07 qui	05:59	08:35	08:50	13:00	05:45	00:00	00:00	06:46
26/07 sex	12:04	14:00	14:15	18:00	05:45	00:00	00:00	05:45
27/07 sab	06:01	09:25	09:40	12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
28/07 dom	06:04	09:00	09:15	12:08	05:45	00:00	00:00	05:45
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	06:05	08:48	09:03	18:09	05:45	00:00	00:00	11:49
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	12:02	14:30	14:45	18:02	05:45	00:00	00:00	05:45
02/08 sex	11:59	13:25	13:52	18:00	05:45	00:00	00:00	05:45
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	11:56	15:10	15:26	18:04	05:45	00:00	00:00	05:52
06/08 ter	11:57	17:00	17:15	18:11	05:45	00:00	00:00	05:59
07/08 qua	11:52	15:35	15:50	18:00	05:45	00:00	00:00	05:53
08/08 qui	11:47	14:20	14:35	18:13	05:45	00:00	00:00	06:11
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	12:00	14:45	15:00	18:06	05:45	00:00	00:00	05:51
11/08 dom	05:55	12:47	13:59	18:04	05:45	00:00	00:00	10:57
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	11:56	17:00	17:16	18:02	05:45	08:00	00:00	29:50
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	17 dias, 8 folgas/feriados, 6 afastamentos				97:45	08:00	00:00	136:52

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga
15/5 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

LUIS FERANDO BETONI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 29 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos

00:00

00:00

00:00

00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 30 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção AUX
ADMINISTRATIVO

21/07 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	07:52	11:17	12:29	16:33		07:29	00:00	00:00	07:29
23/07 ter	07:46	10:43	11:21	16:27		08:03	00:00	00:00	08:03
24/07 qua	07:32	11:07	12:07	16:37		08:05	00:00	00:00	08:05
25/07 qui	07:56	12:22	13:37	17:16		08:05	00:00	00:00	08:05
26/07 sex	07:42	11:50	12:56	16:18		07:30	00:00	00:00	07:30
27/07 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	07:44	11:15	12:26	16:44		07:49	00:00	00:00	07:49
30/07 ter	07:22	11:08	12:24	16:37		07:59	00:00	00:00	07:59
31/07 qua	07:14	11:07	12:10	16:09		07:52	00:00	00:00	07:52
01/08 qui	07:12	11:28	13:00	16:40		07:56	00:00	00:00	07:56
02/08 sex	07:28	11:54	12:54	16:36		08:08	00:00	00:00	08:08
03/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	07:26	11:06	12:30	16:36		07:46	00:00	00:00	07:46
06/08 ter	07:29	11:29	12:40	16:06		07:26	00:00	00:00	07:26
07/08 qua	07:23	11:10	12:24	16:30		07:53	00:00	00:00	07:53
08/08 qui	07:52	11:40	12:40	16:42		07:50	00:00	00:00	07:50
09/08 sex	07:35	11:31	12:48	16:42		07:50	00:00	00:00	07:50
10/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	07:50	11:15	12:35	17:54		08:44	00:00	00:00	08:44
13/08 ter	07:52	11:48	12:48	17:15		08:23	00:00	00:00	08:23
14/08 qua	07:21	10:06	10:58	19:02	19:47	10:00	00:00	00:00	10:00
15/08 qui	07:18	15:33	16:15	20:12		10:00	00:00	02:12	12:12
16/08 sex	07:15	10:40	11:17	16:45		08:53	00:00	00:00	08:53
17/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	07:12	10:46	11:30	15:09		07:13	00:00	00:00	07:13
20/08 ter	07:03	12:44	13:28	16:54		09:07	00:00	00:00	09:07
TOTAL: 22 dias, 9 folgas/feriados						180:01	00:00	02:12	182:13

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)


MARCIA MAIARA POSSENTI
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 34 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: NATÁLIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

21/07 dom	07:01	12:17	13:24	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	06:51	11:40	12:48	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	07:04	13:13	14:20	19:05	10:54	00:00	00:00	10:54
27/07 sab	18:46	20:04	21:07	07:08	00:14	08:00	00:00	10:33
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	06:58	12:41	13:46	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
31/07 qua	06:58	12:59	14:00	21:44	11:00	00:00	00:00	13:44
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:57	11:25	11:57	13:02	05:33	00:00	00:00	05:33
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	07:05	11:25	12:35	19:04	10:49	00:00	00:00	10:49
06/08 ter	07:05	11:16	11:29	12:58	05:40	00:00	00:00	05:40
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	07:02	12:42	13:43	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
12/08 seg	07:02	12:09	12:24	12:50	05:33	00:00	00:00	05:33
13/08 ter	06:57	10:23			03:26	00:00	00:00	03:26
14/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	06:59	12:01	13:00	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
19/08 seg	07:04	12:26	13:27	19:02	10:57	00:00	00:00	10:57
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados, 1 afastamento					119:06	08:00	00:00	132:09

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATÁLIA XAVIER
NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 33 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TFC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	06:57	13:36	14:38	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	07:08	13:20	14:20	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	06:57	14:05	15:07	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	07:00	13:30	14:30	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	06:58	14:05	15:03	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	06:56	13:36	14:34	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	06:57	13:17	14:19	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	07:01	13:31	14:28	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	07:01	14:21	15:23	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	06:09	13:36	14:42	17:33	09:27	00:00	00:00	10:18
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	06:09	13:27	14:42	17:32	09:17	00:00	00:00	10:08
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	06:01	13:31	14:32	17:32	09:31	00:00	00:00	10:30
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					127:15	00:00	00:00	129:56

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA PAZINATO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 40 de 45
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário RICARDO DE CARVALHO
Departamento UFL MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	18:55	20:10	21:13	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	18:48	20:13	21:13	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	18:52	20:06	21:08	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	18:48	20:10	21:10	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	18:45	20:16	21:23	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	18:47	19:57	20:57	07:11	11:00	08:00	00:00	11:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	18:47	20:03	21:10	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	18:47	20:04	21:01	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	18:48	20:16	21:16	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	18:49	20:07	21:06	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	18:55	20:20	21:20	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	18:51	20:03	21:03	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	18:52	20:01	21:17	07:00	10:52	08:00	00:00	10:52
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	18:44	19:59	21:00	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					153:52	112:00	00:00	153:52

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Ricardo de Carvalho
RICARDO DE CARVALHO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 39 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	RENATA MONTI FORNAZARI
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	ENFERMEIRO (A)

21/07 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 folgas/feriados		00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

RENATA MONTI FORNAZARI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 14 de 45
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data								
21/07 dom	18:54	19:30	20:21	07:12	11:27	08:00	00:00	11:27
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	18:59	19:24	20:27	07:00	10:58	08:00	00:00	10:58
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	19:02	19:24	20:20	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	19:02	19:31	20:20	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	18:57	19:31	20:30	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	18:59	19:22	20:16	07:14	11:00	08:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	18:55	19:36	20:30	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	19:00	19:35	20:25	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	19:07	19:34	20:26	07:15	11:00	08:00	00:00	11:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	18:58	19:26	20:20	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	19:03	19:16	20:08	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	18:58	19:22	20:16	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	18:56	19:30	20:24	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	18:53	19:22	20:18	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:25	112:00	00:00	154:25

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convenio 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

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
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Edilaine Munhoz Maquea
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
24/08/2019.

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 13 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador		ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL						
Funcionário		DENISE PRISCILA ANCIOTTO LISBOA DE SOUZA						
Departamento		UTI MIRANDÓPOLIS						
		Função TEC DE ENFERMAGEM						
21/07 dom	18:46	19:30	20:21	07:23	11:23	08:00	00:00	11:46
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	18:52	19:24	20:28	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	18:49	19:42	20:40	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	18:51	19:31	20:30	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	18:49	19:20	20:15	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	18:46	19:36	20:27	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	18:54	19:35	20:31	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	18:54	19:33	20:26	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	18:50	19:26	20:20	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	18:58	19:16	20:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	18:56	19:22	20:16	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	18:55	19:30	20:25	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	18:55	19:22	20:18	06:55	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:23	104:00	00:00	143:46

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Denise P. Anciotto
DENISE PRISCILA ANCIOTTO ASS. HOSPITALAR BEN DO
LISBOA DE BRASIL
02/09/19

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 32 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função:
FISIOTERAPEUTA

21/07 dom	05:51	10:15	10:22	12:02	05:45	00:00	00:00	06:04
22/07 seg	05:54	10:27	10:42	12:01	05:45	00:00	00:00	05:45
23/07 ter	05:58	10:23	10:35	11:52	05:45	00:00	00:00	05:45
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	05:57	10:38	10:58	12:12	05:45	00:00	00:00	05:45
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	05:52	10:51	11:06	12:01	05:45	00:00	00:00	05:45
30/07 ter	05:55	10:47	11:06	11:55	05:45	00:00	00:00	05:45
31/07 qua	05:54	10:43	10:52	12:08	05:45	00:00	00:00	06:05
01/08 qui	17:52	19:20	19:34	23:57	05:45	02:13	00:00	05:45
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	05:59	13:32	14:18	18:05	05:45	00:00	00:00	11:20
04/08 dom	05:58	10:49	11:04	12:07	05:45	00:00	00:00	05:45
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	05:54	11:08	11:19	11:51	05:45	00:00	00:00	05:45
07/08 qua	17:46	19:50	20:06	00:06	05:45	02:24	00:00	06:04
08/08 qui	17:52	19:47	20:11	23:51	05:45	02:06	00:00	05:45
09/08 sex	11:55	17:04	17:15	18:06	05:45	00:00	00:00	05:45
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	11:47	17:00	17:15	18:04	05:45	00:00	00:00	06:02
13/08 ter	11:46	17:02	17:12	18:00	05:45	00:00	00:00	06:04
14/08 qua	17:50	19:57	20:05	00:02	05:45	02:19	00:00	06:04
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	05:55	10:58	11:13	12:09	05:45	00:00	00:00	05:45
17/08 sab	05:55	11:02	11:11	12:04	05:45	00:00	00:00	06:00
18/08 dom	05:51	13:40	14:33	17:54	05:45	00:00	00:00	11:10
19/08 seg	05:54	10:43	10:59	12:07	05:45	00:00	00:00	05:45
20/08 ter	11:47	19:36	20:21	23:52	05:45	02:08	00:00	11:20
TOTAL: 22 dias, 9 folgas/feriados					126:30	11:10	00:00	145:13

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 13:00 às 19:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
7 dias x 13:00-15:00 R 15:15-19:00 = 05:45 Sem Folga
15/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NAIRA LARISSA GUIMARAES
FELIPE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 31 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	MARIA JOSE CARDOSO
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	18:51	20:02	21:01	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	18:49	20:06	21:16	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	18:48	20:01	20:56	07:08	11:25	08:00	00:00	11:25
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	18:55	20:07	21:08	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	18:43	20:13	21:10	07:01	11:00	08:00	00:00	11:17
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	18:53	19:57	20:57	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	18:52	19:53	20:53	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	18:51	19:57	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	18:52	20:06	21:02	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	18:50	20:02	21:01	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	18:52	20:04	20:59	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	18:48	20:01	21:00	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					132:25	96:00	00:00	132:42

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Maria Jose Cardoso
MARIA JOSE CARDOSO
23/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 5 de 46
 Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	18:52	19:24	20:28	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	18:57	19:41	20:42	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	19:02	19:24	20:21	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	18:53	19:32	20:21	07:00	11:18	08:00	00:00	11:18
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	18:48	19:31	20:30	07:04	11:17	08:00	00:00	11:17
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	18:54	19:22	20:16	07:14	11:00	08:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	18:55	19:20	20:15	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	19:12	19:36	20:27	07:00	10:57	08:00	00:00	10:57
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	18:54	19:35	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	18:56	19:26	20:20	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	18:53	19:16	20:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	18:57	19:22	20:16	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	06:52	12:46	13:40	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	18:55	19:23	20:18	06:55	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:32	104:00	00:00	154:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Ana Paula Azevedo Zanatta
 ANA PAULA AZEVEDO
 ZANATTA
 22/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 6 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

21/07 dom	19:02	19:29	20:21	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	19:00	19:24	20:27	07:00	10:57	08:00	00:00	10:57
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	18:52	19:42	20:40	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	18:52	19:24	20:21	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	18:56	19:31	20:20	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	18:51	19:31	20:30	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	18:57	19:22	20:16	07:14	11:00	08:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	19:00	19:19	20:14	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	19:01	19:35	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	18:59	19:34	20:25	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	19:03	19:26	20:19	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	18:55	19:16	20:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	18:56	19:22	20:16	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	19:00	19:30	20:23	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
19/08 seg	Jornada				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		19:06	21:15	00:00	00:00	00:00	02:09

TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados, 1 afastamento 153:57 112:00 00:00 156:06

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS
SILVA

24/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 2 de 46
 Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
 Departamento: UTL MIRANDÓPOLIS
 Função: ENFERMEIRO (A)

21/07 dom	18:46	19:34	20:27	08:01	11:00	08:00	00:00	12:01
22/07 seg	Jornada				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	17:50	20:11	21:09	07:05	11:00 1/2	08:00	00:00	12:10
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	18:42	19:42	20:42	07:01	11:00	08:00	00:00	11:18
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	18:44	19:32	20:20	07:10	11:22	08:00	00:00	11:38
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	18:03	21:09	21:55	07:23	11:00 1/2	08:00	00:00	12:20
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	18:44	19:22	20:15	07:17	11:40	08:00	00:00	11:40
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	18:50	19:19	20:15	07:19	11:33	08:00	00:00	11:33
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	19:01	19:36	20:30	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	18:59	19:35	20:26	07:11	11:00	08:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	18:55	19:33	20:25	07:28	11:41	08:00	00:00	11:41
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	18:46	19:26	20:20	07:34	11:00	08:00	00:00	11:34
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	18:44	19:22	20:19	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	18:48	19:30	20:24	07:25	11:43	08:00	00:00	11:43
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	18:56	19:22	20:17	07:12	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					156:59	112:00	00:00	161:38

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Alessandra Aguiar Salesse Farias
 Enfermeira
 COREN-SP 202079
 ALESSANDRA AGUIAR
 SALESSE

26/08/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 1 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	ALCIONE BOGAZ
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
	Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	18:51	20:18	21:01	07:00	11:26	08:00	00:00	11:26
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	18:55	20:07	21:14	07:00	10:58	08:00	00:00	10:58
25/07 qui	18:59	19:50	20:41	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	18:52	20:06	21:01	07:13	11:26	08:00	00:00	11:26
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	18:47	20:10	21:08	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	17:57	20:07	20:46	06:00	10:21	08:00	00:00	11:24
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	18:51	19:58	20:58	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	17:50	19:56	20:43	06:00	10:13	08:00	00:00	11:23
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	17:57	19:57	20:49	06:00	10:08	08:00	00:00	11:11
08/08 qui	17:51				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	17:56	20:16	21:12	07:01	11:00	08:00	00:00	12:04
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	17:55	19:50	20:43	06:00	10:07	08:00	00:00	11:12
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	17:59	20:04	21:03	06:00	10:01	08:00	00:00	11:02
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	18:52	19:57	20:47	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	17:50	19:59	20:50	06:00	10:09	08:00	00:00	11:19
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					149:49	112:00	00:00	157:25

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Alcione Bogaz
ALCIONE BOGAZ
25/8/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 35 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	18:54 19:22 20:16 07:14	11:00	08:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	18:58 19:19 20:14 07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	18:50 19:36 20:26 07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	18:50 19:34 20:26 07:14	11:32	08:00	00:00	11:32
11/08 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	18:57 19:26 20:20 07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	18:53 19:16 20:08 07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	18:56 19:22 20:16 07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
17/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	18:53 19:30 20:24 07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	18:53 19:22 20:16 07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 9 dias, 12 folgas/feriados, 10 afastamentos		99:32	72:00	00:00	99:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Patricia Adriana Ferreira
PATRICIA ADRIANA FERREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 36 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	06:53	12:11	13:15	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	07:05	11:59	13:08	19:02	10:48	00:00	00:00	10:48
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	07:07	12:06	13:10	18:56	10:45	00:00	00:00	10:45
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	07:29	12:03	13:11	19:08	10:31	00:00	00:00	10:31
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	07:07	12:29	13:32	19:04	10:54	00:00	00:00	10:54
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	07:09	13:04	14:43	19:09	10:21	00:00	00:00	10:21
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	07:08	12:27	13:33	19:05	10:51	00:00	00:00	10:51
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	07:09	12:25	13:38	19:00	10:38	00:00	00:00	10:38
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	07:09	12:11	13:21	19:09	10:50	00:00	00:00	10:50
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	07:10	12:13	13:25	19:03	10:41	00:00	00:00	10:41
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	07:12	12:03	13:08	19:13	10:56	00:00	00:00	10:56
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	07:14	12:18	13:23	19:04	10:45	00:00	00:00	10:45
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	07:10	12:06	13:21	19:01	10:36	00:00	00:00	10:36
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					139:36	00:00	00:00	139:36

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

PATRICIA MICHELE DE
ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 20 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg		18:47	20:06	21:05	07:00	11:00	08:00	00:00
23/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua		19:02	19:49	20:54	07:01	10:54	08:00	00:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex		18:54	20:01	21:01	07:03	11:00	08:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom		18:54	19:58	20:57	07:09	11:16	08:00	00:00
29/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter		19:01	20:07	21:08	07:03	11:00	08:00	00:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab		18:57	19:57	20:58	07:11	11:00	08:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg		18:47	19:53	20:47	07:00	11:00	08:00	00:00
06/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua		18:55	19:57	20:50	07:05	11:00	08:00	00:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex		18:45	20:01	21:05	06:57	11:00	08:00	00:00
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom		18:52	20:02	21:01	06:59	11:00	08:00	00:00
12/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter		18:45	20:01	20:51	07:03	11:00	08:00	00:00
14/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui		18:46	20:04	21:03	07:01	11:00	08:00	00:00
16/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab		19:11	19:58	21:06	07:02	10:43	08:00	00:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg		18:51	19:59	21:00	06:59	11:00	08:00	00:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					153:53	112:00	00:00	153:53

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Jose Lopes de Oliveira
JOSE LOPES DE OLIVEIRA
23/08/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 19 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX DE FARMÁCIA

21/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:48 12:56 13:46 19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	06:43 12:34 13:34 19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	06:51 12:11 13:15 19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
09/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	06:39 11:44 12:55 19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
11/08 dom	06:57 12:48 13:45 19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
12/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:44 12:56 14:00 19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	06:53 12:17 13:10 19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
18/08 dom	06:54 11:07 12:22 19:04	10:55	00:00	00:00	10:55
19/08 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	18:55 20:22 21:20 07:00	00:05	08:00	00:00	10:12
TOTAL: 9 dias, 12 folgas/feriados, 10 afastamentos		88:00	08:00	00:00	98:07

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Izabel C. de Souza
IZABEL CRISTINA DE SOUZA
24/8/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 7 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	06:48	12:36	13:32	20:05	11:16	00:00	00:00	12:21
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	06:52	12:47	13:48	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	06:49	12:13	13:13	19:14	11:25	00:00	00:00	11:25
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	06:49	12:49	13:37	19:00	11:23	00:00	00:00	11:23
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	06:48	13:37	14:37	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	06:51	12:19	13:33	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	06:48	12:39	13:38	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	06:50	13:35	14:21	19:10	11:34	00:00	00:00	11:34
09/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	06:47	13:07	13:55	19:09	11:34	00:00	00:00	11:34
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	06:45	13:40	14:49	19:35	11:00	00:00	00:00	11:35
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	06:50	13:49	14:31	19:03	11:31	00:00	00:00	11:31
15/08 qui	08:52	16:55			08:03	00:00	00:00	08:03
16/08 sex	06:48	13:40	14:40	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
17/08 sab	08:50	17:16			08:26	00:00	00:00	08:26
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	12:55	14:59			02:04	00:00	00:00	02:04
20/08 ter	06:45	12:57	13:57	19:17	11:32	00:00	00:00	11:32
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados					164:48	00:00	00:00	166:28

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C.C. Silva
BIANCA CAETANO COSTA
SILVA

24/8/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 8 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário CAMILA DONATO INNOCENCIO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

21/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
24/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
30/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
01/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
03/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
07/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
13/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
15/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
17/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos		00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CAMILA DONATO INNOCENCIO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 24 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário LAIS MARANI SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função FARMACÊUTICA

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	07:30	12:42	13:55	17:32	08:49	00:00	00:00	08:49
23/07 ter	07:19	10:40	11:44	17:23	09:00	00:00	00:00	09:00
24/07 qua	07:27	13:10	13:27	13:41	05:57	00:00	00:00	05:57
25/07 qui	07:25	14:21	15:25	18:04	09:30	00:00	00:00	09:30
26/07 sex	07:23	13:38	15:22	17:23	08:16	00:00	00:00	08:16
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	07:28	12:57	13:59	17:12	08:42	00:00	00:00	08:42
30/07 ter	07:32	14:03	15:05	17:04	08:30	00:00	00:00	08:30
31/07 qua	07:30	13:34	14:39	17:18	08:43	00:00	00:00	08:43
01/08 qui	07:30	12:07	13:05	16:42	08:14	00:00	00:00	08:14
02/08 sex	07:06	13:32	14:34	15:47	07:39	00:00	00:00	07:39
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/08 seg	07:37	13:11	14:19	17:09	08:24	00:00	00:00	08:24
06/08 ter	07:28	13:45	14:43	17:06	08:40	00:00	00:00	08:40
07/08 qua	07:22	12:35	13:40	17:18	08:51	00:00	00:00	08:51
08/08 qui	07:16	12:16	12:33	12:42	05:09	00:00	00:00	05:09
09/08 sex	07:16	12:37	13:42	17:14	08:53	00:00	00:00	08:53
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	07:24	13:59	15:02	18:05	09:30	00:00	00:00	09:30
13/08 ter	07:23	13:21	14:24	17:06	08:40	00:00	00:00	08:40
14/08 qua	07:24	12:48	13:49	15:04	06:39	00:00	00:00	06:39
15/08 qui	07:30	12:09	13:12	17:21	08:48	00:00	00:00	08:48
16/08 sex	07:27	14:03	15:06	17:12	08:42	00:00	00:00	08:42
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/08 seg	07:33	13:02	14:17	17:03	08:15	00:00	00:00	08:15
20/08 ter	07:26	11:49	12:55	17:00	08:28	00:00	00:00	08:28
TOTAL: 22 dias, 9 folgas/feriados					182:19	00:00	00:00	182:19

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 8H A 17:30H - Início: Segunda
5 dias x 08:00-17:30 SR = 09:30 Folga 2 dias
10/99 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado)

LAIS

LAIS MARANI SILVA

23/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 23 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
ENFERMAGEM

TOTAL: 0 dias, 1 folga/feriado, 30 afastamentos 00:00

00:00

00:00

00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

KELLY CRISTINA RAMOS
ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 11 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/07 dom	Folga							
22/07 seg	18:51	20:06	21:01	07:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/07 sex	18:47	20:01	21:03	07:01	00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
28/07 dom	18:48	20:06	21:01	07:11	00:00	00:00	00:00	00:00
29/07 seg	Folga				11:28	08:00	00:00	11:28
30/07 ter	18:54	20:11	21:09	07:01	00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
01/08 qui	18:51	20:13	21:07	07:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
03/08 sab	18:53	20:30	21:21	07:08	00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
05/08 seg	18:51	20:03	20:52	07:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/08 sex	18:49	20:27	21:17	07:01	00:00	00:00	00:00	00:00
10/08 sab	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
11/08 dom	18:52	20:07	21:06	07:00	00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
13/08 ter	18:53	20:20	21:15	07:01	00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	18:52	20:03	21:00	07:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
17/08 sab	18:52	19:57	20:48	07:00	00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	Folga				11:00	08:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					132:28	96:00	00:00	132:28

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Daniela dos Santos de Oliveira
DANIELA DOS SANTOS DE
OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2019 a 20/08/2019

página 12 de 46
Impresso em 22/08/2019 12:05

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX DE FARMÁCIA

21/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/07 ter	17:50	20:13	21:13	06:03	10:03	08:00	00:00	11:13
24/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/07 qui	17:49	20:23	21:22	06:02	10:03	08:00	00:00	11:14
26/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/07 dom	18:48	20:40	21:40	07:04	11:16	08:00	00:00	11:16
29/07 seg	17:45	20:13	21:12	06:01	10:02	08:00	00:00	11:17
30/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/07 qua	18:48	20:51	21:52	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
01/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/08 sex	18:46	20:40	21:40	07:11	11:00	08:00	00:00	11:00
03/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/08 dom	18:52	20:43	21:43	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/08 ter	17:49	20:06	21:04	06:01	10:03	08:00	00:00	11:14
07/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/08 qui	18:52	20:28	21:28	07:00	11:00	08:00	00:00	11:13
09/08 sex	17:47	20:16	21:16	06:00	10:00	08:00	00:00	11:13
10/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/08 seg	17:47	20:25	21:25	06:02	10:02	08:00	00:00	11:15
13/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/08 qua	18:51	20:00	20:57	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/08 sex	17:45	20:09	21:09	06:01	10:01	08:00	00:00	11:16
17/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/08 dom	18:51	20:25	21:25	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
19/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					147:30	112:00	00:00	155:58

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Debora Cristina Loch
DEBORA CRISTINA LOCHE

24/08/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

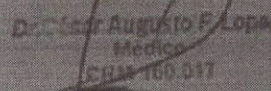
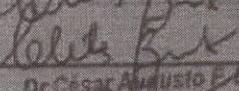
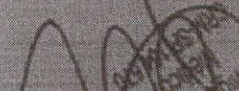
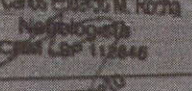
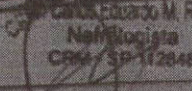
09/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Anamelo	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 159.047
14/09/19	07 07	Anamelo	
15/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM 159.047
16/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Carlos Eduardo	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 159.047
17/09/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19h - 7h	Marilene Baptista Marilene Baptista Carlos Eduardo	Dr. Marilene Baptista Médica CRM-SP 156.555
18/09/19	07:00 av 13:00 13:00 av 19:00 19:00 av 07:00	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Francisco Inácio Arrabal Junior Médico CRM-SP 154.076	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM 159.047
19/09/19	07:00 av 13:00 13:00 av 19:00 19:00 av 07:00	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Dr. Cesar Augusto F. Lopes Dr. Cesar Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 159.047
20/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Carlos Eduardo	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 159.047
21/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Priscila Lopes	Dr. Priscila Lopes Médica CRM-SP 156.555
22/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 159.047
23/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Marilene Baptista Carlos Eduardo	Dr. Marilene Baptista Médica CRM-SP 156.555

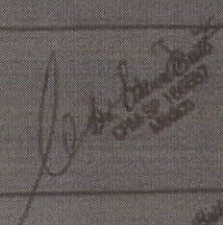
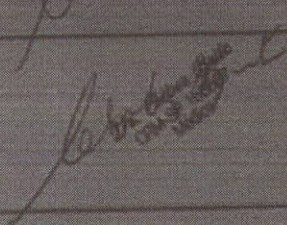
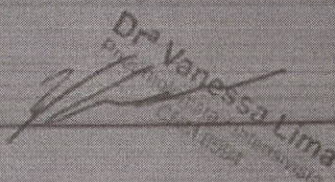
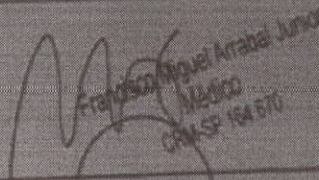
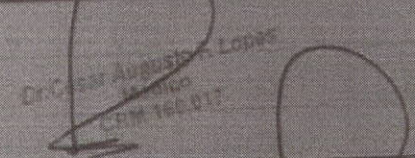
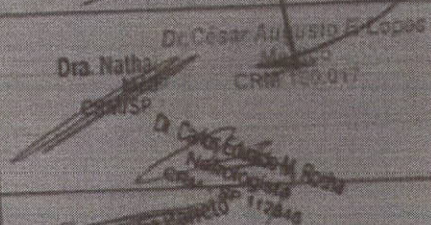
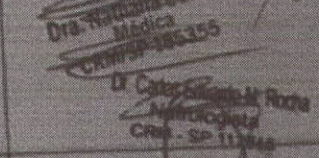
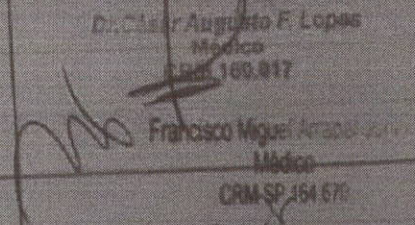
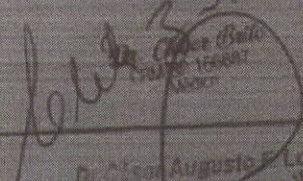
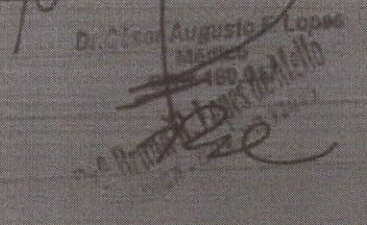
16/9/19
18/9/19
20/9/19
23/9/19

10-12h

Vanessa Lima

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 Maringá
Tipo Despesa: Custeio

24/09/2019	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19:00 - 07:00	Nathalia Barreto Nathalia Barreto Carlos Eduardo	  Dr. Carlos Eduardo M. Rocha Neurologista CRM-SP 112846
25/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Francisco	 Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017
26/09/19	07 - 13h 13 - 19h 19 - 07h	Leticia Zuck Leticia Zuck Leticia Zuck	   Dr. Cesar Augusto F. Lopes CRM-SP 160.017
27/06/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Nathalia Barreto Bruna Lopes	 Dr. Nathalia Barreto CRM-SP 160.017
28/9/19 28/9/19 28/9/19	07 - 07	Rodrigo Chaves Rodrigo Chaves Rodrigo Chaves	
29/09/19	07 - 07	Francisco	
30/09/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Nathalia Barreto Carlos Eduardo	  Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017 Dr. Carlos Eduardo M. Rocha Neurologista CRM-SP 112846
01/10/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19h - 7h	Nathalia Barreto Nathalia Barreto Carlos Eduardo	  Dr. Nathalia Barreto Médico CRM-SP 160.017 Dr. Carlos Eduardo M. Rocha Neurologista CRM-SP 112846
02/10/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesari Augusto F. Lopes Cesari Augusto F. Lopes Francisco	  Dr. Cesar Augusto F. Lopes Médico CRM-SP 160.017 Francisco Miguel Arrabal Junior Médico CRM-SP 164.670

03/10/19	07 - 13 13 - 19 19 - 07	Lelele Smt Lelele Znt Lelele Znt	
04/10/19	07 - 13 13 - 19 19 - 07	Lelele Smt Lelele Znt Lelele Znt	
25/9/19 27/9/19 30/9/19 02/10/19 04/10/19	7-10h		
05/10/19	07 - 07	Francisco	
06/10/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes	
07/10/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Nathalia Barreto Carlos Eduardo	
08/10/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19:00 - 07:00	Nathalia Barreto Nathalia Barreto Carlos Eduardo	
09/10/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Francisco	
10/10/19	07 - 13 13 - 19 19 - 07	Lelele Znt Lelele Znt Lelele Znt	
11/10/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesar Augusto F. Lopes Cesar Augusto F. Lopes Pruma Bonar	

12/10/19	02 - 02	Francisco	Mo
13/10/19	02 - 02	Francisco	Mo
14/10/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesem Augusto F. Lopes Mariana B. Barros Carlos Eduardo	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Dr. Mariana B. Barros Dr. Carlos Eduardo
15/10/19	07:00 - 13:00 13:00 - 19:00 19:00 - 07:00	Mariana B. Barros Carlos Eduardo	Dr. Mariana B. Barros Dr. Carlos Eduardo
16/10/19	7h - 13h 13h - 19h 19h - 7h	Cesem Augusto F. Lopes Cesem Augusto F. Lopes Francisco	Dr. Cesar Augusto F. Lopes Dr. Cesar Augusto F. Lopes Francisco
17/10/19	07 - 13 13 - 19 19 - 02	Lelele Z. F. Lelele Z. F. Lelele Z. F.	Dr. Lelele Z. F.