

Prestação de Contas

Outubro
2019

Mirandópolis



Consultas - Extrato de conta corrente

G333311110513889055
31/10/2019 11:25:33

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/09/2019		0000	00000 000 Saldo Anterior			0,00 C
02/10/2019		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	55.752,49 C	
			02/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	100.201	3.950,00 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
02/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	100.202	501,19 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
02/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	100.203	5.253,90 D	
			TICKET SERVICOS S/A			
02/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	100.204	6.373,90 D	
			TICKET SERVICOS S/A			
02/10/2019		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	100.205	39.673,50 D	0,00 C
			341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
04/10/2019		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	76.873,87 C	
			04/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
04/10/2019		0000	13134 250 Folha de Pagamento	45.419	74.917,39 D	
04/10/2019		0000	13134 250 Folha de Pagamento	45.420	1.956,48 D	0,00 C
09/10/2019		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	12.027,38 C	
			09/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/10/2019		6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	553.371.000.010.213	285,00 D	
			09/10 3371 SOQUIMICA 00045349461000102			
09/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	100.901	469,18 D	
			THOMSON REUTERS BRAS			
09/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	100.902	3.123,50 D	
			MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS			
09/10/2019		0000	13105 375 Impostos	100.903	7.486,99 D	
			FGTS ARRECADACAO GRF			
09/10/2019		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	100.904	662,71 D	0,00 C
			104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
14/10/2019		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	22.455,58 C	
			14/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
14/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.401	3.950,00 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
14/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.402	2.316,88 D	
			BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
14/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.403	9.500,00 D	
			ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP			
14/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.404	70,00 D	
			RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA			
14/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.405	6.068,27 D	
			LABORATORIO SAO PAULO			
14/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.406	550,43 D	0,00 C
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
15/10/2019		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	16.617,75 C	
			15/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
15/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.501	1.928,88 D	
			BANCO SOFISA S/A			
15/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.502	1.185,38 D	
			BANCO SOFISA S/A			
15/10/2019		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.503	450,00 D	
			PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA EPP			

15/10/2019	0000	13105 375 Impostos	101.504	4.994,10 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
15/10/2019	0000	13105 375 Impostos	101.505	1.611,00 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
15/10/2019	0000	13105 196 INSS Arrecada??o	101.506	4.985,96 D	
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 09/2019			
15/10/2019	0000	13105 375 Impostos	101.507	693,45 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO			
15/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	101.508	768,98 D	0,00 C
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/10/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	14.277,40 C	
		21/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
21/10/2019	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.058.000.059.599	934,00 D	
		21/10 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.101	380,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.102	99,90 D	
		F B BABETO ME			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.103	2.544,00 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.104	528,24 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.105	465,40 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.106	425,30 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.107	513,51 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.108	981,06 D	
		BANCO SOFISA S/A			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.109	578,94 D	
		BANCO SOFISA S/A			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.110	2.265,38 D	
		BANCO SOFISA S/A			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.111	557,43 D	
		BANCO SOFISA S/A			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.112	580,53 D	
		BANCO SOFISA S/A			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.113	680,00 D	
		BIOMEDICAL			
21/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.114	2.743,71 D	0,00 C
		BANCO SOFISA S/A			
25/10/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	3.832,90 C	
		25/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
25/10/2019	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	153,00 C	
		25/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
25/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.501	240,73 D	
		AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA			
25/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.502	360,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
25/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.503	331,40 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
25/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.504	2.568,75 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
25/10/2019	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	102.505	75,40 D	
		237 0258 002045036000117 VERA LUCIA AL			
25/10/2019	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	102.506	256,62 D	
		CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA			
25/10/2019	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.981.200.053.328	60,00 D	
		Cobrança referente 25/10/2019			
25/10/2019	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.981.200.339.563	70,00 D	
		Cobrança referente 25/10/2019			
25/10/2019	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os	882.980.900.342.830	23,00 D	0,00 C
		Cobrança referente 25/10/2019			
28/10/2019	0000	14138 632 Ordem Banc?ria	201.910.250.028.153	355.225,83 C	

463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL						
28/10/2019	6790	99015 470	Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	245.526,37 D	
28/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B						
28/10/2019	0000	13134 250	Folha de Pagamento	19.920	8.161,66 D	
28/10/2019	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	102.801	100.794,90 D	
341 0049 026392666000126 WINTER - GEST						
28/10/2019	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	102.802	452,50 D	
BANZAY TELECOMUNICACOES E INFO						
28/10/2019	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	102.803	160,40 D	
BIRIPEL EMBALAGENS LTDA						
28/10/2019	0000	13113 435	Tarifa Pacote de Servi?os	873.010.904.923.316	130,00 D	0,00 C
Cobr parc ref a 25/10/2019						
31/10/2019	3062	03062 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	286.012,52 C	
31/10 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B						
31/10/2019	6790	06790 109	Pagamento de Boleto	103.101	158,00 D	
MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS ME						
31/10/2019	0000	00000 999	S A L D O		285.854,52 C	
Saldo					285.854,52 C	
Juros					0,00	
Data de Debito de Juros					31/10/2019	
IOF					0,00	
Data de Debito de IOF					01/11/2019	

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

G337041412819411166
04/11/2019 14:37:51

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:46
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190612252810713359800002034312780300000395000

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 100.201

NOSSO NUMERO 6122281071

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 02/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 02/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 3.950,00

VALOR COBRADO 3.950,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.B48.E95.585.2AD.AE5

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO -
SANTOS, SP, CEP:11075330,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 253182
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0804 0278 9400 0164 5500 1000 2531 8210 0002 1029

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

135190588619623 14/08/2019 16:28:39

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
14/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
14/08/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
14:28

FATURA / DUPLICATA

001 02/10/2019 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
				VALOR TOTAL DA NOTA
				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	ALIPI
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 MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 Isencao CONV.ICMS 140/01
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 1.607,26, Federal, R\$ 1.607,26, Estadual, R\$ 0,00
Pedido: 450259
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Convênio nº 0107/2017
Termo Acitivo nº 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 15/08/19
ASS. *[assinatura]*

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:46
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL
=====

00190000090171153600100742446172980300000050119

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 100.202

Nosso numero 17115360000742446

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 02/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 02/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 501,19

VALOR COBRADO 501,19
=====

NR.AUTENTICACAO 1.18F.D81.443.EE4.2A9

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 emissor



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1915225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1203534 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0967 7291 7800 0491 5500 1001 2035 3413 6536 0684

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz AutorizadoraPROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135190647341330 04/09/2019 16:47:12

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

04/09/2019

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
1203534/1	02/10/2019	501,19						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	501,19	VALOR DO ICMS	90,21	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	501,19
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	501,19

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	FRETE POR CONTA	0 - Por conta do emissor	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	5,00	ESPECIE	VOLUME(S)	MARCA		NÚMERO	0,22692	PESO BRUTO	29,766	PESO LÍQUIDO	29,766

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
026125	FRALDA GERIÁTRICA EG (IRIS/MAXICONFOR) L: 5083 Q: 252,0000 V: 31/07/2022	96190000	000	5102	PC	252,00	1,3017	328,03	328,03	59,04	0,00	18,00	0,00
026230	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN) L: E0293 Q: 600,0000 V: 30/03/2023	90183999	200	5102	PC	600,00	0,2076	124,56	124,56	22,42	0,00	18,00	0,00
027325	LUVA PLÁSTICA ESTÉRIL (DESCARPACK) L: SPELAA0002 Q: 600,0000 V: 30/06/2023	39262000	200	5102	PC	600,00	0,081	48,60	48,60	8,75	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 - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. CONVENIO 0107/2017 UTI MIRANDÓPOLIS DATA ENTREGA: 05/09/2019 Pedido: 1465233 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1465233 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. IDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIÁRIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emissor: 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

RECEBIDO 05/09/2019
ASS: *10ms*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:46
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090245186370293581658220009680310000525390

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 100.203

DATA DE VENCIMENTO 03/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 02/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 5.253,90

VALOR COBRADO 5.253,90

NR.AUTENTICACAO 4.3CB.A99.047.FA2.ABB

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 - Mica

29/08/2019

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 735528 Série B1, emitido em 27/08/2019		Número da Nota 11860142 Data e Hora de Emissão 28/08/2019 00:39:19 Código de Verificação 36JF-PBRR		
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: 05425-070 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ---- Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 42 R\$5.250,00 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Fed.:21059910 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM: IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44 Data de Vencimento: 03/10/2019 VALOR TOTAL: R\$5.253,90				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COPINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	3,90	2,00%	0,07	0,00
Município da Prestação do Serviço		Numero 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 735528 Série B1, emitido em				

<https://nfe.prefeitura.sp.gov.br/contribuinte/notaprint.aspx?nf=11860142&inscricao=59871202&verificacao=36JFPBRR>

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



NOTA DE DÉBITO

Número
735528-ND

Data de Emissão
27/08/2019

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\$5.250,00
Ped.:21059910 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 5.250,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
735528-ND	R\$ 5.250,00	03/10/2019

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 735528 de 27/08/2019.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 9880807

Realizado em: 20/08/2019

Valor (R\$): 5.250,00

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\$): 5.250,00

Data de Crédito: 01/09/2019

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega:

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

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.250,00

Data de Crédito: 01/09/2019

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega:

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\$ 125,00
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	UTI MIRANDÓPOLIS	01/09/2019		42	R\$ 5.250,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	42 R\$ 5.250,00
RESUMO DO PRODUTO					SUBTOTAL
Total de Benefícios					R\$ 5.250,00
TOTAL					R\$ 5.250,00

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:46
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090245187170293581658220009680310000637390

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	100.204
---------------	---------

DATA DE VENCIMENTO	03/10/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	02/10/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	6.373,90
--------------------	----------

VALOR COBRADO	6.373,90
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	1.5C4.8C9.89E.B23.437
-----------------	-----------------------

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

UR - Min

29/08/2019

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 735609 Série B1, emitido em 27/08/2019		Número da Nota 11859236 Data e Hora de Emissão 28/08/2019 00:37:23 Código de Verificação AQFF-BZLM		
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: 05425-070 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: --- Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 33 R\$6.370,00 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Ped.:21059900 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM: IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0.44 Data de Vencimento: 03/10/2019 VALOR TOTAL: R\$6.373,90				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	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 735609 Série B1, emitido em				

<https://nfe.prefeitura.sp.gov.br/contribuinte/notaprint.aspx?nf=11859236&inscricao=59871202&verificacao=AQFFBZLM>

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



NOTA DE DÉBITO

Número
735609-ND

Data de Emissão
27/08/2019

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

CLIENTE

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

DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 33 R\$6.370,00
Ped.:21059900 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 6.370,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
735609-ND	R\$ 6.370,00	03/10/2019

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 735609 de 27/08/2019.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 9880903

Realizado em: 20/08/2019

Valor (R\$): 6.370,00

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\$): 6.370,00

Data de Crédito: 01/09/2019

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
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	13	14,00		R\$ 182,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	12	14,00		R\$ 168,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.370,00

Data de Crédito: 01/09/2019

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANISILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	21	14,00		R\$ 294,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTI MIRANDÓPOLIS	21	14,00		R\$ 294,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO DA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
394.946.148-52	2154	NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	14,00		R\$ 196,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
648.129.879-20	64812987920	TANIA MARA BARRETO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	14,00		R\$ 182,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	21	14,00		R\$ 294,00
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	01/09/2019		33	R\$ 6.370,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	33
					R\$ 6.370,00
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 6.370,00
TOTAL					R\$ 6.370,00

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.46
6790306790 SEGUNDA VIA 0010

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: 02/10/2019

=====

DOCUMENTO: 100205
AUTENTICACAO SISBB: F.288.358.0CF.380.D4C

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

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

20191002034298678000114

Número da Nota

00000019

Data e Hora de Emissão

02/10/2019 08:17:08

Código de Verificação

LYBN-MSGX**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 09/2019.

CONVÊNIO 0107/2017

TERMO ADITIVO n° 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	*	*	*	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) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

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

02/10/19
 211

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.712,56
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.677,66
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	2.829,61
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.469,53
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.675,56
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	117,97
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.470,16
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.748,22
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.469,53
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	1.712,58
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.503,03
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	1.643,81
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.657,06
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.469,53
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.469,53
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.469,53
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANI	379.629.418-98	1.159,37
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.311,69
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.694,06
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	393.118.558-39	2.594,44
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.469,53
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.951,82
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FER	427.001.668-09	1.469,53
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.712,56
2142	LUIS FERNANDO BETONI	375.492.158-47	2.455,94
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.469,53
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.326,58
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	396.213.588-09	2.531,28
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.469,53
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	2.612,31
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.694,06
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.469,53
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.487,15
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.518,97
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.712,56
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	662,71
2159	SONIA MARIA RIZZO	101.480.718-21	1.469,53
2815	TANIA MARA BARRETO	648.129.879-20	440,86
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	3.844,16
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.469,54
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	259.873.048-81	2.913,27
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	408.930.248-05	2.573,72
Empregados: 42			
Estagiários: 0			
Contribuintes: 0			
Total da Empresa:			75.580,10

MIRANDOPOLIS, 04/10/2019

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: 09/2019

Página: 1/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 169,37 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 112,00 284,62 P

ND: 1 Proventos: 1.881,93 Descontos: 169,37 Informativa: 150,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.712,56
 NF: 1 Base INSS: 1.881,93 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.881,93 Valor FGTS: 150,55 Base IRRF: 1.522,97

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 25,00 2.123,68 P 998 I.N.S.S. 11,00 334,90 D
 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE 5,00 424,73 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 31,99 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 166,33 P
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 33,27 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 64,00 296,54 P

ND: 2 Proventos: 3.044,55 Descontos: 366,89 Informativa: 243,56 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.677,66
 NF: 2 Base INSS: 3.044,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.044,55 Valor FGTS: 243,56 Base IRRF: 2.330,47
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 05/09/2019 a 09/09/2019

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 27,00 2.293,57 P 937 ADIANTAMENTO DE FERIAS 0,00 355,27 D
 250 REFLEXO EXTRAS DSR 0,00 46,84 P 812 INSS FERIAS 11,00 46,51 D
 940 DIFERENÇA DE FERIAS 9,80 9,80 P 998 I.N.S.S. 11,00 359,33 D
 8112 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS 5,92 5,92 P 942 IRRF FERIAS 22,50 21,07 D
 8189 DIFERENÇA MEDIA HORA FERIAS 7,96 7,96 P 999 IMPOSTO DE RENDA 15,00 77,75 D
 150 HORAS EXTRAS 11,00 206,10 P
 805 MEDIA VALOR FERIAS 3,03 3,03 P
 806 MEDIA HORAS FERIAS 49,11 49,11 P
 807 VANTAGENS FERIAS 19,96 19,96 P
 931 1/3 DAS FERIAS 33,33 105,71 P
 8783 DIAS FERIAS 3,00 245,04 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 179,64 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 111,55 516,86 P

ND: 0 Proventos: 3.689,54 Descontos: 859,93 Informativa: 295,16 Informativa Dedutora: 0,01 Líquido: 2.829,61
 NF: 0 Base INSS: 3.689,54 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.689,54 Valor FGTS: 295,15 Base IRRF: 2.883,68
 FERIAS DE 28/09/2019 - 27/10/2019

Empr.: 2122 ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA Situação: Trabalhando CPF: 214.220.888-63 PIS: 180.90148.36-6
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 083050/00154
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P

ND: 2 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
 NF: 2 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.090,35

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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: 09/2019

Página: 2/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 165,71 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 96,00 243,96 P

ND: 0 Proventos: 1.841,27 Descontos: 165,71 Informativa: 147,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.675,56
 NF: 0 Base INSS: 1.841,27 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.841,27 Valor FGTS: 147,30 Base IRRF: 1.675,56

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 1,00 44,80 P 937 ADIANTAMENTO DE FERIAS 0,00 1.916,61 D
 805 MEDIA VALOR FERIAS 14,66 14,66 P 812 INSS FERIAS 9,00 189,55 D
 806 MEDIA HORAS FERIAS 72,86 72,86 P 821 INSS DIFERENCA FERIAS 9,00 1,30 D
 807 VANTAGENS FERIAS 192,95 192,95 P 998 I.N.S.S. 8,00 10,37 D
 931 1/3 DAS FERIAS 33,33 526,54 P
 8783 DIAS FERIAS 29,00 1.299,15 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 6,65 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 32,00 78,19 P

ND: 3 Proventos: 2.235,80 Descontos: 2.117,83 Informativa: 178,86 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 117,97
 NF: 1 Base INSS: 2.235,80 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.235,80 Valor FGTS: 178,86 Base IRRF: 0,00
 FERIAS DE 02/09/2019 - 01/10/2019

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 9,00 247,32 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 30,53 D

ND: 1 Proventos: 2.748,01 Descontos: 277,85 Informativa: 219,84 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.470,16
 NF: 1 Base INSS: 2.748,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.748,01 Valor FGTS: 219,84 Base IRRF: 2.311,10

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: 2.548,41

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA) 30,00 2.548,41 P 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS 30,00 2.748,01 D
 8013 INSALUB 20% DOENCA 20,00 199,60 P

ND: 0 Proventos: 2.748,01 Descontos: 2.748,01 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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 172,90 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 127,42 323,81 P

ND: 1 Proventos: 1.921,12 Descontos: 172,90 Informativa: 153,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.748,22
 NF: 1 Base INSS: 1.921,12 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.921,12 Valor FGTS: 153,68 Base IRRF: 1.558,63

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 09/2019

Página: 3/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 ND: 1 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
 NF: 0 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.279,94

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: 1.397,72

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,72 P 998 I.N.S.S. 9,00 169,37 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 112,00 284,63 P
 ND: 0 Proventos: 1.881,95 Descontos: 169,37 Informativa: 150,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.712,58
 NF: 0 Base INSS: 1.881,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.881,95 Valor FGTS: 150,55 Base IRRF: 1.712,58

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: 1.191,49

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.191,49 P 998 I.N.S.S. 8,00 130,69 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 112,00 242,63 P
 ND: 0 Proventos: 1.633,72 Descontos: 130,69 Informativa: 130,69 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.503,03
 NF: 0 Base INSS: 1.633,72 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.633,72 Valor FGTS: 130,69 Base IRRF: 1.503,03

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 29,00 1.351,12 P 998 I.N.S.S. 9,00 162,57 D
 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE 1,00 46,59 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 192,95 P
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 6,65 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 82,27 209,07 P
 ND: 2 Proventos: 1.806,38 Descontos: 162,57 Informativa: 144,51 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.643,81
 NF: 1 Base INSS: 1.806,38 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.806,38 Valor FGTS: 144,51 Base IRRF: 1.264,63
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 09/09/2019 a 09/09/2019

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 163,88 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 88,00 223,63 P
 ND: 0 Proventos: 1.820,94 Descontos: 163,88 Informativa: 145,67 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.657,06
 NF: 0 Base INSS: 1.820,94 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.820,94 Valor FGTS: 145,67 Base IRRF: 1.657,06

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 09/2019

Página: 4/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.:	2135 EDILENE MANOEL	Situação:	Trabalhando	CPF:	291.914.308-52	PIS:	209.15153.56-9
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	11009/00240
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P							
ND: 1 Proventos:	1.597,31	Descontos:	127,78	Informativa:	127,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.469,53
NF: 1 Base INSS:	1.597,31	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.597,31	Valor FGTS:	127,78	Base IRRF:	1.279,94

Empr.:	2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	Situação:	Trabalhando	CPF:	095.608.758-25	PIS:	126.22542.14-5
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	040637/00115
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P							
ND: 0 Proventos:	1.597,31	Descontos:	127,78	Informativa:	127,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.469,53
NF: 0 Base INSS:	1.597,31	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.597,31	Valor FGTS:	127,78	Base IRRF:	1.469,53

Empr.:	2137 GISLAINE MACHADO MORABITO	Situação:	Trabalhando	CPF:	322.167.988-27	PIS:	132.60974.45-7
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	09639/00312
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P							
ND: 2 Proventos:	1.597,31	Descontos:	127,78	Informativa:	127,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.469,53
NF: 2 Base INSS:	1.597,31	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.597,31	Valor FGTS:	127,78	Base IRRF:	1.090,35

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:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	43592/00315
CC:	900	Depto:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	27,00	1.072,34 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	167,33 D
940 DIFERENCA DE FERIAS	4,58	4,58 P	812	INSS FERIAS	9,00	16,55 D
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,55	1,55 P	998	I.N.S.S.	8,00	100,65 D
8189 DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,07	0,07 P				
805 MEDIA VALOR FERIAS	1,63	1,63 P				
806 MEDIA HORAS FERIAS	1,75	1,75 P				
807 VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96 P				
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	45,97 P				
8783 DIAS FERIAS	3,00	114,57 P				
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	1,84 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64 P				

ND: 0 Proventos:	1.443,90	Descontos:	284,53	Informativa:	115,36	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.159,37
NF: 0 Base INSS:	1.442,06	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.442,06	Valor FGTS:	115,36	Base IRRF:	1.153,17

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:	Celestista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	21909/00115
CC:	900	Depto:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	8,00	114,06 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	34,66 P				

ND: 0 Proventos:	1.425,75	Descontos:	114,06	Informativa:	114,06	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.311,69
NF: 0 Base INSS:	1.425,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.425,75	Valor FGTS:	114,06	Base IRRF:	1.311,69

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: 09/2019

Página: 5/11
 Emissão: 03/10/2019
 Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 167,54 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 104,00 264,29 P

ND: 2 Proventos: 1.861,60 Descontos: 167,54 Informativa: 148,92 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.694,06
 NF: 1 Base INSS: 1.861,60 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.861,60 Valor FGTS: 148,92 Base IRRF: 1.314,88

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 9,00 262,12 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 55,98 D
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 24,21 164,53 P

ND: 0 Proventos: 2.912,54 Descontos: 318,10 Informativa: 233,00 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.594,44
 NF: 0 Base INSS: 2.912,54 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.912,54 Valor FGTS: 233,00 Base IRRF: 2.650,42

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: 1.397,71

8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 8011 INSALUB 20% LIC.MATERN 20,00 199,60 P

ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
 NF: 0 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.469,53
 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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 11,00 357,28 D
 242 REEMBOLSO DESP PAGO 120,88 120,88 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 59,79 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 27 ADICIONAL RT 500,00 500,00 P

ND: 1 Proventos: 3.368,89 Descontos: 417,07 Informativa: 259,84 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.951,82
 NF: 1 Base INSS: 3.248,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.248,01 Valor FGTS: 259,84 Base IRRF: 2.701,14

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P

ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
 NF: 0 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.469,53

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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: 09/2019

Página: 6/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	9,00	169,37 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P				

ND: 0 Proventos: 1.881,93 Descontos: 169,37 Informativa: 150,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.712,56
NF: 0 Base INSS: 1.881,93 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.881,93 Valor FGTS: 150,55 Base IRRF: 1.712,56

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	1,00	84,95 P	998	I.N.S.S.	9,00	247,32 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	29,00	2.463,46 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	44,75 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,65 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	192,95 P				

ND: 0 Proventos: 2.748,01 Descontos: 292,07 Informativa: 219,84 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.455,94
NF: 0 Base INSS: 2.748,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.748,01 Valor FGTS: 219,84 Base IRRF: 2.500,69
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 24/08/2019 a 29/09/2019

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: 1.397,71

8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	199,60 P				

ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
NF: 0 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.469,53
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: 1.242,33

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	998	I.N.S.S.	8,00	115,35 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				

ND: 0 Proventos: 1.441,93 Descontos: 115,35 Informativa: 115,35 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.326,58
NF: 0 Base INSS: 1.441,93 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.441,93 Valor FGTS: 115,35 Base IRRF: 1.326,58

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: 09/2019

Página: 7/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2151 MARIA JOSE CARDOSO Situação: Demitido 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

9180 SALDO DE SALARIO DIAS	1,00	44,80 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	3.416,61 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	8,00	895,97 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	8,00	11,93 D
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	8,00	144,99 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	8,00	95,13 D
8552 MEDIA VALOR 13o RESCISAO	8,00	15,17 P				
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	8,00	133,07 P				
29 FERIAS PROPORCIONAIS	11,00	1.231,95 P				
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	11,00	210,14 P				
816 MEDIA VL FER PROPORCIONAL	11,00	13,90 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	11,00	182,97 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	546,32 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,65 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	97,74 P				

ND: 0 Proventos: 3.523,67 Descontos: 3.523,67 Informativa: 107,06 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
 NF: 0 Base INSS: 1.338,39 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.338,39 Valor FGTS: 107,06 Base IRRF: 1.231,33
 DEMITIDO EM 01/09/2019 - MOTIVO 4-Pedido de demissão SEM justa causa

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,00	255,37 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	50,86 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	13,17	89,50 P				

ND: 0 Proventos: 2.837,51 Descontos: 306,23 Informativa: 227,00 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.531,28
 NF: 0 Base INSS: 2.837,51 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.837,51 Valor FGTS: 227,00 Base IRRF: 2.582,14

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				

ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
 NF: 0 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.469,53

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	11,00	329,96 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	57,43 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	54,32	251,69 P				

ND: 0 Proventos: 2.999,70 Descontos: 387,39 Informativa: 239,97 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.612,31
 NF: 0 Base INSS: 2.999,70 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.999,70 Valor FGTS: 239,97 Base IRRF: 2.669,74

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	9,00	167,54 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND: 0 Proventos: 1.861,60 Descontos: 167,54 Informativa: 148,92 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.694,06
 NF: 0 Base INSS: 1.861,60 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.861,60 Valor FGTS: 148,92 Base IRRF: 1.694,06

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 09/2019

Página: 8/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P

ND: 1 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
 NF: 1 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.279,94

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 9,00 250,65 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 47,28 D
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 8,00 37,07 P

ND: 0 Proventos: 2.785,08 Descontos: 297,93 Informativa: 222,80 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.487,15
 NF: 0 Base INSS: 2.785,08 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.785,08 Valor FGTS: 222,80 Base IRRF: 2.534,43

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: 1.191,49

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.191,49 P 998 I.N.S.S. 8,00 132,08 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 120,00 259,96 P

ND: 1 Proventos: 1.651,05 Descontos: 132,08 Informativa: 132,08 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.518,97
 NF: 1 Base INSS: 1.651,05 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.651,05 Valor FGTS: 132,08 Base IRRF: 1.329,38

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 169,37 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 112,00 284,62 P

ND: 0 Proventos: 1.881,93 Descontos: 169,37 Informativa: 150,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.712,56
 NF: 0 Base INSS: 1.881,93 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.881,93 Valor FGTS: 150,55 Base IRRF: 1.712,56

Empr.: 2839 SONIA DOS SANTOS ROCHA Situação: Trabalhando CPF: 304.418.188-70 PIS: 154.51863.88-5
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 17/09/2019 CTPS/Série: 54411/00240
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.343,95

8781 DIAS NORMAIS 14,00 627,18 P 998 I.N.S.S. 8,00 57,62 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 93,15 P

ND: 0 Proventos: 720,33 Descontos: 57,62 Informativa: 57,62 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 662,71
 NF: 0 Base INSS: 720,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 720,33 Valor FGTS: 57,62 Base IRRF: 662,71

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P

ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,53
 NF: 0 Base INSS: 1.597,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,31 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.469,53

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 09/2019

Página: 9/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2815 TANIA MARÁ 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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	4,00	186,36 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	21,00	1.118,12 D
8785 DIAS AFAST. INSS (P/DOENÇA)	21,00	978,40 P	998	I.N.S.S.	8,00	38,33 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	5,00	232,95 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	26,61 P				
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	139,72 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	33,27 P				

ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 1.156,45 Informativa: 38,33 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 440,86
NF: 0 Base INSS: 479,19 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 479,19 Valor FGTS: 38,33 Base IRRF: 440,86

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

Novo afast. mesma doença: 10/09/2019 a 21/10/2019

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: 2.886,86

294 PARCELA DIFERENÇA DISSIDIO	185,02	185,02 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.444,63 D
8781 DIAS NORMAIS	20,00	1.924,57 P	812	INSS FERIAS	11,00	196,87 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	703,26	703,26 P	998	I.N.S.S.	11,00	377,11 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	185,05 P	942	IRRF FERIAS	27,50	148,25 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	54,47 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	95,34 D
940 DIFERENÇA DE FERIAS	37,01	37,01 P				
8112 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	12,56	12,56 P				
8189 DIFERENÇA MEDIA HORA FERIAS	0,69	0,69 P				
150 HORAS EXTRAS	12,00	308,65 P				
805 MEDIA VALOR FERIAS	332,15	332,15 P				
806 MEDIA HORAS FERIAS	18,35	18,35 P				
807 VANTAGENS FERIAS	66,53	66,53 P				
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	447,44 P				
8783 DIAS FERIAS	10,00	925,28 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	133,07 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	10,06	64,54 P				
27 ADICIONAL RT	1.061,58	707,72 P				

ND: 0 Proventos: 6.106,36 Descontos: 2.262,20 Informativa: 417,44 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.844,16
NF: 0 Base INSS: 5.218,05 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 5.218,05 Valor FGTS: 417,44 Base IRRF: 3.000,93

FERIAS DE 12/08/2019 - 10/09/2019

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: 1.397,72

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				

ND: 2 Proventos: 1.597,32 Descontos: 127,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.469,54
NF: 2 Base INSS: 1.597,32 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.597,32 Valor FGTS: 127,78 Base IRRF: 1.090,36

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: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	11,00	368,28 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	66,46 D
27 ADICIONAL RT	600,00	600,00 P				

ND: 1 Proventos: 3.348,01 Descontos: 434,74 Informativa: 267,84 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.913,27
NF: 1 Base INSS: 3.348,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.348,01 Valor FGTS: 267,84 Base IRRF: 2.790,14

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 09/2019

Página: 10/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2421 WILLIAN SOUZA SALADINI Situação: Trabalhando CPF: 408.930.248-05 PIS: 158.61320.19-9
Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 02/05/2018 CTPS/Série: 030224/00370
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	11,00	324,81 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	54,30 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	30,14	204,82 P			

ND: 0 Proventos:	2.952,83	Descontos:	379,11	Informativa:	236,22	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.573,72
NF: 0 Base INSS:	2.952,83	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.952,83	Valor FGTS:	236,22	Base IRRF:	2.628,02

Total Geral Proventos:	95.770,88	Total Geral Descontos:	20.190,78
		Líquido Geral:	75.580,10

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	820,00	7.178,94 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	3.416,61 D
27 ADICIONAL RT	2.161,58	1.807,72 P	812 INSS FERIAS	40,00	449,48 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	11,00	1.231,95 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	9,00	1,30 D
150 HORAS EXTRAS	23,00	514,75 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	8,00	11,93 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	824,14	824,14 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.883,84 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	185,05 P	942 IRRF FERIAS	50,00	169,32 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.685,14	5.006,27 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	8,00	95,13 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	101,31 P	998 I.N.S.S.	372,00	7.624,58 D
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	999 IMPOSTO DE RENDA	105,00	672,46 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	351,47	351,47 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	51,00	3.866,13 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	142,07	142,07 P			
807 VANTAGENS FERIAS	299,40	299,40 P			
815 MEDIA HR FER PROPORCIONAL	11,00	210,14 P			
816 MEDIA VL FER PROPORCIONAL	11,00	13,90 P			
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	11,00	182,97 P			
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	1,84 P			
931 1/3 DAS FERIAS	133,32	1.125,66 P			
940 DIFERENCA DE FERIAS	51,39	51,39 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	40,00	399,20 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	40,00	339,32 P			
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	20,03	20,03 P			
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	546,32 P			
8189 DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	8,72	8,72 P			
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	8,00	895,97 P			
8551 MEDIA HORAS 13o RESCISAO	8,00	144,99 P			
8552 MEDIA VALOR 13o RESCISAO	8,00	15,17 P			
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	8,00	133,07 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.078,00	61.469,16 P			
8783 DIAS FERIAS	45,00	2.584,04 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	60,00	2.795,42 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	51,00	3.526,81 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	40,00	3.167,73 P			
9180 SALDO DE SALARIO DIAS	1,00	44,80 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	80,00	266,14 P			

Líquido Geral: 75.580,10

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

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 09/2019

Página: 11/11
Emissão: 03/10/2019
Horas: 23:53:14

Empregados

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	44	Salário contribuição empregados:	88.708,44	Base IRRF Mensal:	70.750,33
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	672,46
Trabalhando:	36	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	3.583,49
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	88.708,44	Valor IRRF Férias:	169,32
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	8.180,58	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:	3	Sub-Total:	8.180,58	Base IRRF 13º Salário:	1.094,07
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	3.194,62	Valor Total do IRRF:	841,78
Demitido:	1	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:	88.708,44
Mandato sindical:	0	Total:	4.985,96	Valor do FGTS:	7.096,47
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	4.985,96	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	1			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00
				Líquido Geral:	75.580,10

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



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.712,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 setecentos e doze reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,93	169,37	
			Valor Líquido ➡	1.712,56	
BANCO DO BRASIL 1 Agência: 448 - 0 conta corrente: 108306-6					
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71		1.881,93	1.881,93	150,55	1.522,97
					Faixa IRRF
					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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,93	169,37	
			Valor Líquido ➡	1.712,56	
BANCO DO BRASIL 1 Agência: 448 - 0 conta corrente: 108306-6					
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71		1.881,93	1.881,93	150,55	1.522,97
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.677,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 seiscentos e setenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	25,00	2.123,68		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	424,73		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	166,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	33,27		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54		
998	I.N.S.S.	11,00		334,90	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,99	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.044,55	366,89	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.677,66	
conta corrente: 198732-1			Agência: 0178 - 3		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.044,55	3.044,55	243,56	2.330,47	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		Setembro 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	25,00	2.123,68		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	424,73		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	166,33		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	33,27		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54		
998	I.N.S.S.	11,00		334,90	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,99	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.044,55	366,89	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.677,66	
conta corrente: 198732-1			Agência: 0178 - 3		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.044,55	3.044,55	243,56	2.330,47	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.829,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 vinte e nove 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	27,00	2.293,57		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	46,84		
940	DIFERENCA DE FERIAS	9,80	9,80		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	5,92	5,92		
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	7,96	7,96		
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,10		
805	MEDIA VALOR FERIAS	3,03	3,03		
806	MEDIA HORAS FERIAS	49,11	49,11		
807	VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	105,71		
8783	DIAS FERIAS	3,00	245,04		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,55	516,86		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		355,27	
812	INSS FERIAS	11,00		46,51	
998	I.N.S.S.	11,00		359,33	
942	IRRF FERIAS	22,50		21,07	
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos *****	Total de Descontos *****	
			Valor Líquido →	*****	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
					Faixa IRRF

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		Setembro 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	27,00	2.293,57		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	46,84		
940	DIFERENCA DE FERIAS	9,80	9,80		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	5,92	5,92		
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	7,96	7,96		
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,10		
805	MEDIA VALOR FERIAS	3,03	3,03		
806	MEDIA HORAS FERIAS	49,11	49,11		
807	VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	105,71		
8783	DIAS FERIAS	3,00	245,04		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,55	516,86		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		355,27	
812	INSS FERIAS	11,00		46,51	
998	I.N.S.S.	11,00		359,33	
942	IRRF FERIAS	22,50		21,07	
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos *****	Total de Descontos *****	
			Valor Líquido →	*****	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
					Faixa IRRF

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		77,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.689,54	859,93	
			Valor Líquido →	2.829,61	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.689,54	3.689,54	295,15	2.907,36	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		Setembro 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	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		77,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.689,54	859,93	
			Valor Líquido →	2.829,61	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.689,54	3.689,54	295,15	2.907,36	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Acitivo nº 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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.090,35
					Faixa IRRF
					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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.090,35
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Acitivo nº 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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.675,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 setenta e cinco reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
998	I.N.S.S.	9,00		165,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.841,27	165,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.675,56	
conta corrente: 19476-x					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.841,27	1.841,27	147,30	1.675,56	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE OUTUBRO ***

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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
998	I.N.S.S.	9,00		165,71	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.841,27	165,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.675,56	
conta corrente: 19476-x					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.841,27	1.841,27	147,30	1.675,56	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE OUTUBRO ***

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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 117,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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.

(Cento e dezessete 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	1,00	44,80		
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,66	14,66		
806	MEDIA HORAS FERIAS	72,86	72,86		
807	VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	526,54		
8783	DIAS FERIAS	29,00	1.299,15		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,65		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	78,19		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.916,61	
812	INSS FERIAS	9,00		189,55	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		1,30	
998	I.N.S.S.	8,00		10,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.235,80	2.117,83	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	117,97	
conta corrente: 20148-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	2.235,80	2.235,80	178,86	0,00	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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão:		23/07/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	1,00	44,80		
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,66	14,66		
806	MEDIA HORAS FERIAS	72,86	72,86		
807	VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	526,54		
8783	DIAS FERIAS	29,00	1.299,15		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,65		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	78,19		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.916,61	
812	INSS FERIAS	9,00		189,55	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		1,30	
998	I.N.S.S.	8,00		10,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.235,80	2.117,83	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	117,97	
conta corrente: 20148-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	2.235,80	2.235,80	178,86	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.470,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 quatrocentos e setenta reais e dezesseis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	9,00		247,32	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.748,01	277,85	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.470,16	
conta: 111247-3					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.748,01	2.748,01	219,84	2.311,10	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		Setembro 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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	9,00		247,32	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.748,01	277,85	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.470,16	
conta: 111247-3					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.748,01	2.748,01	219,84	2.311,10	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.748,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 setecentos e quarenta e oito reais e vinte 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	127,42	323,81		
998	I.N.S.S.	9,00		172,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.921,12	172,90	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.748,22	
conta corrente: 19425-5			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.921,12	1.921,12	153,68	1.558,63	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	127,42	323,81		
998	I.N.S.S.	9,00		172,90	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.921,12	172,90	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.748,22	
conta corrente: 19425-5			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.921,12	1.921,12	153,68	1.558,63	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20619-9 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.279,94	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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		22/03/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20619-9 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.279,94	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.712,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 setecentos e doze reais e cinquenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Acitivo nº 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		Setembro 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	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,63		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,95	169,37	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20671-7			Valor Líquido ➡	1.712,58	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,72		1.881,95	1.881,95	150,55	1.712,58
					Faixa IRRF
					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		Setembro 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	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,63		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,95	169,37	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20671-7			Valor Líquido ➡	1.712,58	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,72		1.881,95	1.881,95	150,55	1.712,58
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.503,03 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 quinhentos e três reais 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63		
998	I.N.S.S.	8,00		130,69	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.633,72	130,69	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.503,03	
conta corrente: 19413-1					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.633,72	1.633,72	130,69	1.503,03	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		Setembro 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	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63		
998	I.N.S.S.	8,00		130,69	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.633,72	130,69	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.503,03	
conta corrente: 19413-1					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.633,72	1.633,72	130,69	1.503,03	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.643,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 quarenta e três 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 07/11/2019 09:40:13

Convênio nº 0107/2017
Termo Acitivo nº 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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão:	04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	82,27	209,07		
998	I.N.S.S.	9,00		162,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.806,38	162,57	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.643,81	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.806,38	1.806,38	144,51	1.264,63	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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão:	04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	192,95		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,65		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	82,27	209,07		
998	I.N.S.S.	9,00		162,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.806,38	162,57	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.643,81	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.806,38	1.806,38	144,51	1.264,63	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Agitivo nº 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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.657,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sete 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 07/11/2019 09:40:13

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 Maringápolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63		
998	I.N.S.S.	9,00		163,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.820,94	163,88	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.657,06	
conta corrente: 14727-3			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.820,94	1.820,94	145,67	1.657,06	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63		
998	I.N.S.S.	9,00		163,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.820,94	163,88	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.657,06	
conta corrente: 14727-3			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.820,94	1.820,94	145,67	1.657,06	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. Custo



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Montebelois
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.279,94	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.279,94	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Acitivo 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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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. Custódia

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.597,31	127,78
			Valor Líquido ➡	1.469,53
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.597,31
			Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
			1.597,31	127,78
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.469,53	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

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
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.597,31	127,78
			Valor Líquido ➡	1.469,53
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.597,31
			Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
			1.597,31	127,78
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.469,53	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Maringá
Tipo Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro 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	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.597,31	127,78
			Valor Líquido ➡	1.469,53
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6			Agência: 448 - 0	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.090,35
				Faixa IRRF
				0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 13 DE OUTUBRO ***

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
Setembro 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	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.597,31	127,78
			Valor Líquido ➡	1.469,53
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6			Agência: 448 - 0	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.090,35
				Faixa IRRF
				0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 13 DE OUTUBRO ***

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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.159,37 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e cento e cinquenta e nove reais e trinta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.072,34	
940	DIFERENCA DE FERIAS	4,58	4,58	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,55	1,55	
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,07	0,07	
805	MEDIA VALOR FERIAS	1,63	1,63	
806	MEDIA HORAS FERIAS	1,75	1,75	
807	VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	45,97	
8783	DIAS FERIAS	3,00	114,57	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	1,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		167,33
812	INSS FERIAS	9,00		16,55
998	I.N.S.S.	8,00		100,65

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.443,90	284,53
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5			Valor Líquido →	1.159,37

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.442,06	1.442,06	115,36	1.159,37	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
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.072,34	
940	DIFERENCA DE FERIAS	4,58	4,58	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	1,55	1,55	
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,07	0,07	
805	MEDIA VALOR FERIAS	1,63	1,63	
806	MEDIA HORAS FERIAS	1,75	1,75	
807	VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	45,97	
8783	DIAS FERIAS	3,00	114,57	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	1,84	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		167,33
812	INSS FERIAS	9,00		16,55
998	I.N.S.S.	8,00		100,65

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.443,90	284,53
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5			Valor Líquido →	1.159,37

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.442,06	1.442,06	115,36	1.159,37	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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.311,69 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 trezentos e onze reais e sessenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	34,66	
998	I.N.S.S.	8,00		114,06
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.425,75	114,06
			Valor Líquido ➡	1.311,69
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0			Agência: 448 - 0	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.191,49	1.425,75	1.425,75	114,06	1.311,69
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1
		Admissão:	04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	34,66	
998	I.N.S.S.	8,00		114,06
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.425,75	114,06
			Valor Líquido ➡	1.311,69
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0			Agência: 448 - 0	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.191,49	1.425,75	1.425,75	114,06	1.311,69
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.694,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 noventa e quatro 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro 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	1.397,71	167,54
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.861,60	167,54
			Valor Líquido ➡	1.694,06
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.861,60
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.861,60	1.314,88
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			148,92	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro 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	1.397,71	167,54
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.861,60	167,54
			Valor Líquido ➡	1.694,06
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.861,60
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.861,60	1.314,88
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			148,92	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 107885-2

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.594,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 noventa e quatro 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,21	164,53		
998	I.N.S.S.	9,00		262,12	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		55,98	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.912,54	318,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 25625-0			Valor Líquido ➡	2.594,44	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		2.912,54	2.912,54	233,00	2.650,42
					Faixa IRRF
					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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA FISIOTERAPEUTA	223605	600	1	
		Admissão:		12/06/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,21	164,53		
998	I.N.S.S.	9,00		262,12	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		55,98	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.912,54	318,10	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 25625-0			Valor Líquido ➡	2.594,44	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		2.912,54	2.912,54	233,00	2.650,42
					Faixa IRRF
					7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71	127,78	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71	127,78	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.469,53	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.951,82 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 novecentos e cinquenta e um reais e oitenta e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	120,88	120,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	11,00		357,28
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,79

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.368,89	417,07
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 20679-2			Valor Líquido ➡	2.951,82

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.248,01	3.248,01	259,84	2.701,14	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	120,88	120,88	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	11,00		357,28
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,79

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.368,89	417,07
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 20679-2			Valor Líquido ➡	2.951,82

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.248,01	3.248,01	259,84	2.701,14	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.597,31	127,78
			Valor Líquido ➡	1.469,53
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.469,53	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

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
Setembro de 2019

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.597,31	127,78
			Valor Líquido ➡	1.469,53
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.469,53	0,00

BANCO DO BRASIL 1
conta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.712,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 setecentos e doze reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,93	169,37	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.712,56	
conta corrente: 19412-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.881,93	1.881,93	150,55	1.712,56	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,93	169,37	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.712,56	
conta corrente: 19412-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.881,93	1.881,93	150,55	1.712,56	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.455,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 quatrocentos e cinquenta e cinco 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1,00	84,95		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	29,00	2.463,46		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,65		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	192,95		
998	I.N.S.S.	9,00		247,32	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.748,01	292,07	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.455,94	
conta corrente: 19422-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.748,01	2.748,01	219,84	2.500,69	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 05 DE OUTUBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1,00	84,95		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	29,00	2.463,46		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,65		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	192,95		
998	I.N.S.S.	9,00		247,32	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,75	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.748,01	292,07	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.455,94	
conta corrente: 19422-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.748,01	2.748,01	219,84	2.500,69	7,50

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 05 DE OUTUBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

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 Grandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custo



Aviso de lançamento

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 19415-8					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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		Setembro 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	1.397,71		
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 19415-8					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.326,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 trezentos e vinte e seis reais e cinquenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.242,33		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		115,35	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.441,93	115,35	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.326,58	
conta corrente: 16147-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.441,93	1.441,93	115,35	1.326,58	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		Setembro 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	1.242,33		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		115,35	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.441,93	115,35	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.326,58	
conta corrente: 16147-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.441,93	1.441,93	115,35	1.326,58	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.531,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 quinhentos e trinta e um 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	13,17	89,50		
998	I.N.S.S.	9,00		255,37	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,86	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.837,51	306,23	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.531,28	
conta corrente: 19417-4					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.837,51	2.837,51	227,00	2.582,14	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		Setembro 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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	13,17	89,50		
998	I.N.S.S.	9,00		255,37	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,86	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.837,51	306,23	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.531,28	
conta corrente: 19417-4					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.837,51	2.837,51	227,00	2.582,14	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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 26458-X			⇒		
Agência: 373 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 26458-X			⇒		
Agência: 373 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.612,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a NATALIA XAVIER NASCIMENTO, na conta 19.553, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e seiscentos e doze reais e trinta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,32	251,69		
998	I.N.S.S.	11,00		329,96	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,43	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.999,70	387,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.612,31	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.999,70	2.999,70	239,97	2.669,74	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		Setembro 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	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	54,32	251,69		
998	I.N.S.S.	11,00		329,96	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,43	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.999,70	387,39	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.612,31	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.999,70	2.999,70	239,97	2.669,74	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.694,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e quatro 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29			
998	I.N.S.S.	9,00		167,54		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.861,60	167,54		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.694,06		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71		1.861,60	1.861,60	148,92	1.694,06	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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29			
998	I.N.S.S.	9,00		167,54		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.861,60	167,54		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.694,06		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71		1.861,60	1.861,60	148,92	1.694,06	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinqüenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 7812-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.279,94	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 7812-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.279,94	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.487,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 oitenta e sete reais e quinze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionario	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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07		
998	I.N.S.S.	9,00		250,65	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		47,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.785,08	297,93	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.487,15	
conta corrente: 19439-5			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.785,08	2.785,08	222,80	2.534,43	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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionario	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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07		
998	I.N.S.S.	9,00		250,65	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		47,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.785,08	297,93	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.487,15	
conta corrente: 19439-5			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.785,08	2.785,08	222,80	2.534,43	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.518,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 quinhentos e dezoito 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96		
998	I.N.S.S.	8,00		132,08	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.651,05	132,08	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.518,97	
conta corrente: 19429-8			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.651,05	1.651,05	132,08	1.329,38	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		Setembro 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	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96		
998	I.N.S.S.	8,00		132,08	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.651,05	132,08	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.518,97	
conta corrente: 19429-8			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.651,05	1.651,05	132,08	1.329,38	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.712,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 setecentos e doze reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,93	169,37	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.712,56	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.881,93	1.881,93	150,55	1.712,56	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.881,93	169,37	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.712,56	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.881,93	1.881,93	150,55	1.712,56	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinqüenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 199303-8			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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		Setembro 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	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,53	
conta corrente: 199303-8			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 440,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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.

(Quatrocentos e quarenta reais e oitenta e seis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	4,00	186,36		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	21,00	978,40		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	232,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	26,61		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	139,72		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	33,27		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	21,00		1.118,12	
998	I.N.S.S.	8,00		38,33	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	1.156,45	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 110529-9 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	440,86	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	479,19	479,19	38,33	440,86	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		Setembro 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	4,00	186,36		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	21,00	978,40		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	5,00	232,95		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	26,61		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	139,72		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	33,27		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	21,00		1.118,12	
998	I.N.S.S.	8,00		38,33	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	1.156,45	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 110529-9 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	440,86	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	479,19	479,19	38,33	440,86	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 3.844,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a THAIS BOARETO DA SILVA, na conta 197.087, agência 6921 do banco 001.

(Três mil e oitocentos e quarenta e quatro reais e dezesseis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	20,00	1.924,57		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	703,26	703,26		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	185,05		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	54,47		
940	DIFERENCA DE FERIAS	37,01	37,01		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	12,56	12,56		
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,69	0,69		
150	HORAS EXTRAS	12,00	308,65		
805	MEDIA VALOR FERIAS	332,15	332,15		
806	MEDIA HORAS FERIAS	18,35	18,35		
807	VANTAGENS FERIAS	66,53	66,53		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	447,44		
8783	DIAS FERIAS	10,00	925,28		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	133,07		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	10,06	64,54		
27	ADICIONAL RT	1.061,58	707,72		
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos *****	Total de Descontos *****	
			Valor Líquido ➡	*****	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF

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		Setembro 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	20,00	1.924,57		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	703,26	703,26		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	185,05		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	54,47		
940	DIFERENCA DE FERIAS	37,01	37,01		
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	12,56	12,56		
8189	DIFERENCA MEDIA HORA FERIAS	0,69	0,69		
150	HORAS EXTRAS	12,00	308,65		
805	MEDIA VALOR FERIAS	332,15	332,15		
806	MEDIA HORAS FERIAS	18,35	18,35		
807	VANTAGENS FERIAS	66,53	66,53		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	447,44		
8783	DIAS FERIAS	10,00	925,28		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	133,07		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	10,06	64,54		
27	ADICIONAL RT	1.061,58	707,72		
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos *****	Total de Descontos *****	
			Valor Líquido ➡	*****	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.444,63	
812	INSS FERIAS	11,00		196,87	
998	I.N.S.S.	11,00		377,11	
942	IRRF FERIAS	27,50		148,25	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		95,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			6.106,36	2.262,20	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	3.844,16	
conta poupança: 197087-9			⇒		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	FGTS do Mês	Base Cálculo IRRF
2.886,86		5.218,05	5.218,05	417,44	3.051,19
					Faixa IRRF
					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		Setembro 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	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.444,63	
812	INSS FERIAS	11,00		196,87	
998	I.N.S.S.	11,00		377,11	
942	IRRF FERIAS	27,50		148,25	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		95,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			6.106,36	2.262,20	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Liquido	3.844,16	
conta poupança: 197087-9			⇒		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	FGTS do Mês	Base Cálculo IRRF
2.886,86		5.218,05	5.218,05	417,44	3.051,19
					Faixa IRRF
					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



G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

Aviso de lançamento

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.469,54 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 sessenta e nove reais e cinquenta 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,32	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,54	
conta corrente: 19514-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.597,32	1.597,32	127,78	1.090,36	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		Setembro 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	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,32	127,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.469,54	
conta corrente: 19514-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.597,32	1.597,32	127,78	1.090,36	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.913,27 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, 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 novecentos e treze reais e vinte 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00		
998	I.N.S.S.	11,00		368,28	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		66,46	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.348,01	434,74	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.913,27	
conta corrente: 17558-7			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.348,01	3.348,01	267,84	2.790,14	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		Setembro 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	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00		
998	I.N.S.S.	11,00		368,28	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		66,46	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.348,01	434,74	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.913,27	
conta corrente: 17558-7			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.348,01	3.348,01	267,84	2.790,14	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

G336070913187264040
07/11/2019 09:40:13

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 2.573,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 50, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a WILLIAN SOUZA SALADINI, na conta 87.139, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e setenta e três 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 07/11/2019 09:40:13

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 Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	30,14	204,82		
998	I.N.S.S.	11,00		324,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,30	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.952,83	379,11	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.573,72	
conta salário: 87139-7			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.952,83	2.952,83	236,22	2.628,02	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		Setembro 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	30,14	204,82		
998	I.N.S.S.	11,00		324,81	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,30	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.952,83	379,11	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.573,72	
conta salário: 87139-7			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.952,83	2.952,83	236,22	2.628,02	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



Pagamentos a terceiros - Consulta remessas -3o nível

G333120949270275012
12/11/2019 09:53:34

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

Data 04/10/2019 Valor R\$ 1.956,48 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 51, 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 novecentos e cinquenta e seis 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 12/11/2019 09:53:34

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	Número Carteira Profissional 019982	Série 00370
---	--	----------------

PERÍODOS

De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 07/10/2019 A 05/11/2019 = 30 Dias	De Abono
---	---	----------

BASE PARA CÁLCULO

PROVENTOS E DESCONTOS

Faltas não justificadas:	00	Férias:	1.612,48	P
Salário Base:	1.397,71	1/3 das Férias:	537,49	P
Média Horas:	0,00	Abono de Férias:	0,00	
Média Valores:	15,17	1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Outras Vantagens:	199,60	Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
TOTAL BASE CALCULO:	1.612,48	1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
		Salário Família:	0,00	
		1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
		Desconto da Previdência:	193,49	D
		Desconto do imposto de Renda:	0,00	
		TOTAL DOS PROVENTOS:	2.149,97	P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	193,49	D
		TOTAL LIQUIDO:	1.956,48	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\$ 1.956,48 (um mil novecentos e cinquenta e seis reais e quarenta e oito centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 06/09/2019

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

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\$ 1.956,48(um mil novecentos e cinquenta e seis reais e quarenta e oito 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: 04/10/2019
MIRANDOPOLIS

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

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

04/10/19
211

09/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 10:09:59
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	09/10/2019
NR. DOCUMENTO	553.371.000.010.213
VALOR TOTAL	285,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SOQUIMICA LAB LTDA	
AGENCIA: 3371-5	CONTA: 10.213-X
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211

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

=====

NR.AUTENTICACAO	B.80B.F97.30A.4D0.E3E
-----------------	-----------------------

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:46
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

=====

74593180151154701700100651989808680380000046918

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 100.901

DATA DE VENCIMENTO 10/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 09/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 469,18

VALOR COBRADO 469,18

=====

NR.AUTENTICACAO 4.0A8.198.FEA.058.14F

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	Número da nota
866987	886273
Data da emissão da nota	
13/09/2019 17:37:57	
Data do fato gerador	
13/09/2019 16:56:50	
Código de verificação	
WNZY-RFJLW	

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: **Nª Sra. da Salete** CEP: 88815001
Município: **CRICIÚMA** 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
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 9/2019.	469,18	1	469,18	469,18 x	2,00 =	9,38

VENCIMENTOS: (10/10/2019 - 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\$)	Base de Cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R\$)
0,00	469,18	2,00	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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:46
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090308371800100000125179480380000312350

BENEFICIARIO:

MEDC X E CIRURGICOS LTDA - EPP

NOME FANTASIA:

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 16.610.451/0001-80

SACADOR AVALISTA:

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA

CNPJ: 16.610.451/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 100.902

NOSSO NUMERO 30837180000000125

CONVENIO 03083718

DATA DE VENCIMENTO 10/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 09/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 3.123,50

VALOR COBRADO 3.123,50

=====

NR.AUTENTICACAO 3.B64.D0E.3F1.F8B.DAB

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

RECEBEMOS DE MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO.		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº: 577
		SÉRIE: 1

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP Rua Caldas Novas, 50 - Bethaville I Barueri - SP CEP: 06404-301	DANFE	DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº: 577 Série: 1 FOLHA 1 / 1
--	-------	---

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDE DE MERCADORIA	CONTROLE DO FISCO CHAVE DE ACESSO 3519 0916 6104 5100 0180 5500 1000 0005 7717 2194 2379 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora.
--	--

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190639356051 02/09/2019 14:13:46	
---	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.	CNPJ / CPF
206488140110		16.610.451/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL		45.349.461/0001-02	02/09/2019 14:06:55
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03	Jardim Ariano	16400-400	
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Lins		SP	

FATURA / PARCELA	

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
R\$ 3.123,50	R\$ 562,23	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 3.123,50	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 3.123,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0-REMETENTE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,0000	0,0000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	VALOR		ALÍQUOTA %	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
6237	VANCOMICINA 500MG	30049039	000	5102	UN	25	4,0000	100,00	100,00	18,00	0,00	18,00	0,00
6236	PIPE/TAZO 4g+500mg	30049039	000	5102	AMP	30	17,8000	534,00	534,00	96,12	0,00	18,00	0,00
6735	MEROPEM TRI-HIDRATADO 1G LT: 1115026D8 VL:07/20	30049039	000	5102	UN	20	18,0000	360,00	360,00	64,80	0,00	18,00	0,00
6246	CLARITROMICINA 500MG	30049039	000	5102	UN	20	29,5000	590,00	590,00	106,20	0,00	18,00	0,00
0421	CEFTRIAXONA SODICA 1G IV LT: 19050821 VL:05/21	30049099	000	5102	UN	100	7,0000	700,00	700,00	126,00	0,00	18,00	0,00
6230	HEPARINA 5000UI/0,25ML LT: 18120303 VL:12/20	30049039	000	5102	UN	75	4,5000	337,50	337,50	60,75	0,00	18,00	0,00
0732	ENOXAPARINA 60 MG LT:570411 VL:07/20	30049099	000	5102	UN	10	19,0000	190,00	190,00	34,20	0,00	18,00	0,00
0731	ENOXAPARINA 40MG LT: 558425A VL:04/20	30049099	000	5102	UN	24	13,0000	312,00	312,00	56,16	0,00	18,00	0,00

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

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Informações complementares de Interesse do Contribuinte: PAGAMENTO BOLETO PARA 10/10/2019 ENDEREÇO DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585 MIRANDÓPOLIS UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017	RESERVADO PARA ASSINATURA AHBB - UTE MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 03/09/2019 ASS. 10my

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.46
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85850000074-6	86990179191-0
	00963305384-1	53494610008-6
Data do pagamento		09/10/2019
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		09/2019
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		09/10/2019
VALOR DEPOSITO		7.486,99
Valor Total		7.486,99

DOCUMENTO: 100903
AUTENTICACAO SISBB: 1.EC6.ABA.42E.252.273

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 08/10/2019 - 15:55:59

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 88.708,44	06-QTDE TRABALHADORES 43	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017983-3	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 09/2019	12-DATA DE VALIDADE 09/10/2019

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.096,67	14-ENCARGOS 390,32	15-TOTAL A RECOLHER 7.486,99
--	-----------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER EM 09/10/2019

858500000746 869901791910 009633053841 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 08/10/2019 - 15:55:59

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 88.708,44	06-QTDE TRABALHADORES 43	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017983-3	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 09/2019	12-DATA DE VALIDADE 09/10/2019

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.096,67	14-ENCARGOS 390,32	15-TOTAL A RECOLHER 7.486,99
--	-----------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER EM 09/10/2019

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

858500000746 869901791910 009633053841 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



09/10/1
21

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.46
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: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS

CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA

CPF/CNPJ: 304.418.188-70

VALOR: R\$ 662,71

DEBITO EM: 09/10/2019

=====

DOCUMENTO: 100904

AUTENTICACAO SISBB: 4.E82.DBF.36B.69E.E0B

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	14,00	627,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	93,15		
998	I.N.S.S.	8,00		57,62	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			720,33	57,62	
			Valor Líquido ➡	662,71	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95		720,33	720,33	662,71	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Setembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	14,00	627,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	93,15		
998	I.N.S.S.	8,00		57,62	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			720,33	57,62	
			Valor Líquido ➡	662,71	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95		720,33	720,33	662,71	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:46
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190612410700773359000002034312880410000395000

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 101.401

NOSSO NUMERO 6124070077

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 13/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 3.950,00

VALOR COBRADO 3.950,00

=====

NR.AUTENTICACAO 6.1AB.2F1.154.FCB.3DF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Nº 257480
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3519 0804 0278 9400 0164 5500 1000 2574 8010 0006 8432

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.ADG. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190630612674 29/08/2019 16:08:16

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
29/08/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
29/08/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
16:07

FATURA / DUPLICATA

001 13/10/2019 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
				VALOR TOTAL DA NOTA
				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: 8079-76, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2021)	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 - Convenio 0107/2017
ITEM 1 Isencao CONV.ICMS 140/01
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 1.607,26, Federal, R\$ 1.607,26, Estadual, R\$ 0,00
Pedido: 455067
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 30/08/19
ASS. *loms*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.
=====

34191090080541351271512711770003880420000231688

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 101.402

DATA DE VENCIMENTO 14/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.316,88

VALOR COBRADO 2.316,88
=====

NR. AUTENTICACAO E.3B5.B4F.CE5.F84.A19

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 **1**
Nº 52.680
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/2

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3519.0814.3355.4400.0119.5500.0000.0526.8010.1097.1720

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

135190634233794 - 30/08/2019 15:43:50

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

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

30/08/2019

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16370-000

DATA DA SAÍDA

30/08/2019

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(014)3541-1544

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

15:31:55

FATURA/DUPLICATAS

52680/1 - 14/10/19 - 2316,88

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

2.316,88

VALOR DO ICMS

278,03

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.316,88

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

2.316,88

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE
1-DESTINATÁRIO

0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

26

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

300,2000

PESO LÍQUIDO

300,2000

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
2322 30049099	AGUA PARA INJECAO 10ML CX200 EQUIPLEX Lote: 1931301 - 12/07/2021 Qtde: 6.00 Numero da FCI: A69EE5F6-6E1C-4BA1-BAC9-276CB113D674	500 5102	CX	6,0000	27,0400	0,0000 0,0000 %	162,24	162,24	19,47 0,00	0,00	12,00	0,00
2631 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307C CX84BOLS BAXTE Lote: PR289P0 - 22/11/2020 Qtde: 7.00	500 5102	CX	7,0000	141,1200	0,0000 0,0000 %	987,84	987,84	118,54 0,00	0,00	12,00	0,00
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR288A7 - 01/05/2021 Qtde: 5.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	5,0000	104,0000	0,0000 0,0000 %	520,00	520,00	62,40 0,00	0,00	12,00	0,00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR289P9 - 27/05/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	2,0000	70,5000	0,0000 0,0000 %	141,00	141,00	16,92 0,00	0,00	12,00	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR292A0 - 05/07/2021 Qtde: 4.00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	4,0000	55,6800	0,0000 0,0000 %	222,72	222,72	26,73 0,00	0,00	12,00	0,00
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR290N7 - 11/12/2020 Qtde: 1.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E1A7	500 5102	CX	1,0000	157,0800	0,0000 0,0000 %	157,08	157,08	18,85 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 Colocar nos dados adicionais da nota : 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 05/09/2019
10my
ASS.

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FI EMISSION: 30/08/2019 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT Total NF: 2.316,88 Volume: 26 Número Pedido: 1097124	NF-e Nº: 52680 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 Nº 52.680 SÉRIE: 0 FOLHA: 2/2	CONTROLE FISCO  CHAVE DE ACESSO 3519.0814.3355.4400.0119.5500.0000.0526.8010.1097.1720 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 135190634233794 - 30/08/2019 15:43:50
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	
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR290X9 - 19/12/2020 Qtde: 1.00 Número da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX 1,0000 126,0000 0,0000 0,0000 % 126,00 126,00 15,12 0,00 0,00 0,00

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 Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /		RESERVADO AO FISCO Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio	

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339967614658000000500024601015780430000950000

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 101.403

DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 9.500,00

VALOR COBRADO 9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 6.453.050.A7A.3C3.3B2

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 886					
Data e Hora da Emissão		01/10/2019 09:05:43		Competência		1/10/2019		Código de Verificação		990193140	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		RIBEIRAO PRETO - SP	
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI - EPP									
Nome Fantasia		ECQ									
CNPJ/CPF		14.352.079/0001-24		Inscrição Municipal		20004074		Município		RIBEIRAO PRETO - SP	
Endereço e Cep		RUA THOMAZ NOGUEIRA GAIA ,544 - JARDIM SÃO LUIZ CEP: 14020-290									
Complemento:				Telefone:		16034427432		e-mail:			
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		BILAC - SP	
Endereço e CEP		RUA SETE DE SETEMBRO ,529 - CENTRO CEP: 16210-000									
Complemento:				Telefone:		(14)3532-5198		e-mail:		financeiro@ahbb.org.br	
Discriminação dos Serviços											
Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares. Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis. Convênio 0107/2017 Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014. Alíquota do ISS igual a 2,79%. Pagamento conforme boleto.											
Código do Serviço / Atividade											
14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONCERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORI 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											

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000910393401012180430000007000

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	101.404
---------------	---------

DATA DE VENCIMENTO	15/10/2019
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	14/10/2019
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	70,00
--------------------	-------

VALOR COBRADO	70,00
---------------	-------

=====

NR.AUTENTICACAO	D.B39.164.9E8.924.8FE
-----------------	-----------------------

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000003209-1			Data de Emissão: 01/07/2019	
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA				
CPF/CNPJ: 44.705.580/0001-98		Inscrição Municipal: 1027		Tipo: ME
CEP: 17015-021	Endereço: RUA CUSSY JUNIOR, 07-7			Cidade: BAURU/SP
Fone: (14) 3879-2953	E-Mail: rpb.vendas@uol.com.br			
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSS HOSP BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		CEP: 17400-000	Cidade: GARÇA/SP	
Endereço: RUA ORLANDO THIAGO SANTOS, 70				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS				
01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID (REFERENTE: 07/2019 A 12/2019) - MIRANDOPOLIS/SP				
Atividade: CONCERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS				
Código do Serviço: 14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO				
Local da Prestação: BAURU			Situação de Tributação: Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R\$) 0,00	I.R. (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	C.S.L.L. (R\$) 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				Valor Aprox. Tributos 0,00
Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 420,00	Alíquota (%) 3,58	Valor do ISS (R\$) 15,04	Valor Total da Nota (R\$) 420,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			Valor líquido da nota (R\$) 420,00	

Chave de autenticação: 26D6C173B1D0B0CFF805508C2FFE375E

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790110069000000401104007252804180430000606827

BENEFICIARIO:

LABORATORIO SAO PAULO

NOME FANTASIA:

LABORATORIO SAO PAULO

CNPJ: 51.100.840/0001-67

SACADOR AVALISTA:

LABORATORIO SAO PAULO ANAL.CLINICAS

CNPJ: 51.100.840/0001-67

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 101.405

DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 6.068,27

VALOR COBRADO 6.068,27

=====

NR.AUTENTICACAO F.D2D.3DD.028.C3F.28F

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
40104

Data de Emissão
28/09/2019

Data e Hora da
Competência
28/09/2019 às 10:43:00

Código de Verificação
0000-0004-8042

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 51.100.840/0001-67 Cód. Mobiliário 1069 Insc. Mun. 1069
Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA
Logradouro RUA-TIRADENTES Número 1086
Bairro VILA MENDONÇA CEP 16015-020
Município ARAÇATUBA UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional
Telefones (18)3623-2649 ; (18)3117-7010
E-Mail's nfe@laboratoriosapaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 IE ISENTO
Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
E-mail acpinotti@gmail.com; Telefone
Inf. Comp.
Logradouro RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303
Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400
Município LINS UF SP
Complemento N.A. País BRASIL

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora 28/09/2019 às 11:42:51 Lote 48042
Número do RPS 0000-0004-8042 Sequência 48042

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1516	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENTE AO FECHAMENTO DA FATURA SETEMBRO 2019. OBS: AGOSTO NAO FOI FEITO FECHAMENTO DEVIDO A IMIGRACAO DO SISTEMA NOVO.	6.465,9300	1,00	0,00	0,00	6.465,93

Valor Total dos Serviços - R\$6.465,93

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENTE AO FECHAMENTO DA FATURA SETEMBRO 2019.
OBS: AGOSTO NAO FOI FEITO FECHAMENTO DEVIDO A IMIGRACAO DO SISTEMA NOVO.

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
42,03	193,98		96,99	64,66		
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 6.465,93

Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos
Situação da Nota Fiscal

Normal		Dedução de Materiais/Equipamentos Não	Responsável pelo imposto Prestador dos Serviços
Aliquota (%)	Base de Cálculo (R\$)	Vlr. Total das Deduções (R\$)	Vlr. Total Retido (R\$)
3,0000	6.465,93	0,00	397,66
			Vlr. do ISS (R\$)
			193,98

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 6.068,27

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

- O crédito gerado estará disponível somente após o recolhimento do ISS desta NF-e.

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100744009176980430000055043

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 101.406

NOSSO NUMERO 17115360000744009

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 15/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 14/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 550,43

VALOR COBRADO 550,43

=====

NR. AUTENTICACAO 3.C60.FAB.6F5.BD3.7A4

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



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1205850 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0967 7291 7800 0491 5500 1001 2058 5019 2669 7770

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

135190662953839 10/09/2019 18:03:05

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

10/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

10/09/2019

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
1205850/1	15/10/2019	550,43						

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
550,43	99,08		0,00		0,00		550,43
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	550,43	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.			0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO			MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2290			SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO		PESO LIQUIDO	
3,00	VOLUME(S)		0,06461	1,020		1,020	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW239 Q: 300,0000 V: 30/03/2024	65069900	200	5102	PC	300,00	0,0431	12,93	12,93	2,33	0,00	18,00	0,00
030826	COMPRESSA DE GAZE 13F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 190 7 Q: 5.400,0000 V: 30/07/2022	30059090	000	5102	PC	5.400,00	0,0335	180,90	180,90	32,56	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290327 Q: 200,0000 V: 28/03/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,5422	108,44	108,44	19,52	0,00	18,00	0,00
030332	ENOXAPARINA SÓDICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC904 Q: 10,0000 V: 30/03/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	24,816	248,16	248,16	44,67	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE. FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 11/09/2019 Pedido: 1467987 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1467987 *** 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 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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/09/2019
ASS. *loms*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000081564865001040580440000192888

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: 45.349.461/0009-60

=====

NR. DOCUMENTO 101.501

DATA DE VENCIMENTO 16/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 15/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.928,88

VALOR COBRADO 1.928,88

=====

NR.AUTENTICACAO 8.793.FE1.AB2.C8D.BBF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 354113
SERIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3541 1310 0057 7801

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

131193408461608 04/09/2019 15:45:22

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 (18905)

CNPJ/CPF
45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO
04/09/2019

ENDEREÇO
R DR. ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6

BAIRRO/DISTRITO
VILA WILLIAMS

CEP
17400-000

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
04 SET 2019

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1148586000

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/10/2019 1.928,88

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
1.852,22	113,27	0,00	0,00	1.928,88
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
				1.928,88

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	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
9	CAIXA			56,59	56,59

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
17373	ALGODAO ORT.15CM X 1,8MT INDIV.DZ-NEVE LT 243 (5)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: 243, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 02/01/2024)	30059090	000	6108	DZ	5	15,4960	77,48	77,48	9,30		12,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW248 (5)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: TTEW248, Qtde: 5 ,Data Fab: 26/08/2019, Data Val: 31/05/2024)	65069900	200	6108	PCT	5	4,2620	21,31	21,31	0,85		4,00	
13684	CATETER IV 20G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA019D (1)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SCTPAA019D, Qtde: 1 ,Data Fab: 04/09/2019, Data Val: 30/04/20-24)	90183929	200	6108	CX	1	53,0000	53,00	53,00	2,12		4,00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA019H (1)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SCTPAA019H, Qtde: 1 ,Data Fab: 04/09/2019, Data Val: 30/04/20-24)	90183929	200	6108	CX	1	53,0000	53,00	53,00	2,12		4,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT SEUUA0004 (2)03/24 (Fornecedor: 4, Lote: SEUUA0004, Qtde: 2 ,Data Fab: 12/08/2019, Data Val: 30/03/2024)	90189010	200	6108	PCT	2	21,4000	42,80	42,80	1,71		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 41 B 7...
ITEM 6 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate 30/09/2019.
ITENS 2 a 5,7 a 8,12 a 18,20,23 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 220,12
Pedido: 325424
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.....: 5 Cubagem: 0,37

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/09/19
ASS. 10ms
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

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

Supermed

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
8

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3541 1310 0057 7801

Nº 354113
SERIE 1
FOLHA 2/3

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

131193408461608 04/09/2019 15:45:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

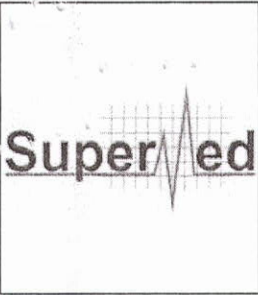
CNPJ

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
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19-05G-REF.490084 LT 1900025854 (10)06/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1900025854, Qtde: 10, Data Fab: 15/08/2019, Data Val: 30/06/2022)	90183921	040	6108	PC	10	7,6660	76,66					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 35118S06AA (8)07/20 (Fornecedor: 4, Lote: 35118S06AA, Qtde: 8, Data Fab: 08/03/2019, Data Val: 30/07/2020)	90181100	200	6108	PCT	8	10,1438	81,15	81,15	3,25		4,00	
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (100)11/22 (Fornecedor: 4, Lote: 20171110, Qtde: 100, Data Fab: 11/06/2019, Data Val: 30/11/2022)	48114190	200	6108	UND	100	0,7896	78,96	78,96	3,16		4,00	
79	ALGODAO HIDROP.500GRS RL-CREMER REF.198164 LT 164181904 (2)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: 164181904, Qtde: 2, Data Fab: 24/04/2019, Data Val: 30/01/2024)	30059090	000	6108	RL	2	13,3200	26,64	26,64	3,20		12,00	
19825	C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/05 CX.720-AMERIC LT 281 (1)03/24 (Fornecedor: 4, Lote: 281, Qtde: 1, Data Fab: 04/09/2019, Data Val: 06/03/2024)	30059090	000	6108	CX	1	176,4500	176,45	176,45	21,17		12,00	
6796	C.GAZE 7,5X7,5 11F N.EST.KARINA C/500-AMERICA LT 734 (3)06/24 (Fornecedor: 4, Lote: 734, Qtde: 3, Data Fab: 01/08/2016, Data Val: 01/06/2022)	30059090	000	6108	PCT	3	12,0200	36,06	36,06	4,33		12,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5-0-TALGE LT TMTX001 (4)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: TMTX001, Qtde: 4, Data Fab: 20/08/2019, Data Val: 30/04/2024)	63079010	200	6108	PCT	4	3,9075	15,63	15,63	0,63		4,00	
12223	AG.DESC.40 X 12 C/100-LABOR IMPORT LT 240-92018 (10)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: 240-92018, Qtde: 10, Data Fab: 14/06/2019, Data Val: 24/09/2021)	90183219	200	6108	CX	10	5,1360	51,36	51,36	2,05		4,00	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53118011 (3)01/23 (Fornecedor: 1, Lote: 53118011, Qtde: 3, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 01/09/2021)	90183219	200	6108	CX	3	5,0200	15,06	15,06	0,60		4,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 1875M4 (4)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: 1875M4, Qtde: 4, Data Fab: 28/06/2019, Data Val: 30/05/2024)	90183219	200	6108	CX	4	4,7975	19,19	19,19	0,77		4,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0255 (1)08/23 SSSLAA0363 (9)03/24 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0255, Qtde: 1, Data Fab: 22/08/2019, Data Val: 31/08/2023 / Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0363, Qtde: 9, Data Fab: 08/08/2019, Data Val: 30/03/2024)	90183119	200	6108	CX	10	20,6480	206,48	206,48	8,26		4,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0305 (12)12/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0305, Qtde: 12, Data Fab: 19/02/2019, Data Val: 30/12/2023)	90183119	200	6108	CX	12	17,2375	206,85	206,85	8,27		4,00	
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SVIBAA003S (1)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SVIBAA003S, Qtde: 1, Data Fab: 07/08/2019, Data Val: 30/04/2024)	39262000	200	6108	CX	1	187,4900	187,49	187,49	7,50		4,00	
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SR11-919MM (1)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SR11-919MM, Qtde: 1, Data Fab: 03/06/2019, Data Val: 30/04/2024)	40151900	000	6108	CX	1	139,5800	139,58	139,58	16,75		12,00	
22298	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/2-0-DESCARPACK LT SNFUAA011M (1)04/22 (Fornecedor: 4, Lote: SNFUAA011M, Qtde: 1, Data Fab: 26/07/2019, Data Val: 30/04/2022)	40151900	200	6108	CX	1	294,0000	294,00	294,00	11,76		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

	SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA 8	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA											
	Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:11-4934-1700	0-ENTRADA 1-SAIDA	1	CHAVE DE ACESSO 3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3541 1310 0057 7801									
		Nº 354113 SERIE 1 FOLHA 3/3		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 131193408461608 04/09/2019 15:45:22									
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
27605	SCALP N.23 PVC C/100-DESCARPACK LT SEIAAA-001C (1)01/24 (Fornecedor: 918, Lote: SEIAAA001C, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/01/2024)	90183929	600	6108	CX	1	16,7500	16,75	16,75	2,01		12,00	
27606	SCALP N.25 PVC C/100-DESCARPACK LT SEIAAA-001D (1)01/24 (Fornecedor: 918, Lote: SEIAAA001D, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/01/2024)	90183929	600	6108	CX	1	16,7500	16,75	16,75	2,01		12,00	
23617	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT PGC C/25-DESCAR LT SEMAAA0195 (2)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: SEMAAA0195, Qtde: 2 ,Data Fab: 09/05/-2019, Data Val: 30/01/2024)	90189010	200	6108	PCT	2	18,1150	36,23	36,23	1,45		4,00	

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000081564864201047180440000118538

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: 45.349.461/0009-60

=====

NR. DOCUMENTO 101.502

DATA DE VENCIMENTO 16/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 15/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 1.185,38

VALOR COBRADO 1.185,38

=====

NR.AUTENTICACAO B.947.0A6.7FB.77B.52D

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 354060
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3540 6010 0008 8074

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

131193408338950 04/09/2019 14:45:21

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 (18905)

CNPJ/CPF

45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO

04/09/2019

ENDEREÇO
R DR. ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6BAIRRO/DISTRITO
VILA WILLIAMSCEP
17400-000DATA ENTRADA/SAÍDA
04 SET 2019MUNICÍPIO
GARÇAFONE/FAX
1148586000UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/10/2019 1.185,38

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
1.185,38	142,25	0,00	0,00	1.185,38
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
				1.185,38

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

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

5

CAIXA

34,05

34,05

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT Z9048 (4)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: Z9048, Qtde: 4, Data Fab: 11/06/2019, Data Val: 30/03/2021)	30043220	000	6108	CX	4	4.5700	18,28	18,28	2,19		12,00	
1420	METILDOPA 500MG 30CP REVEST. GEN-EMS LT 1C6062 (1)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1C6062, Qtde: 1, Data Fab: 29/08/20- 19, Data Val: 31/07/2021)	30049035	000	6108	CX	1	15.8000	15,80	15,80	1,90		12,00	
22021	DOBUTAMINA 250MG 50AMP 20ML GEN-TEUTO LT 3637254 (1)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 3637254, Qtde: 1, Data Fab: 13/08/2019, Data Val: 31/07/2021)	30049039	000	6108	CX	1	343.2500	343,25	343,25	41,19		12,00	
23773	FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-SANTISA LT 20205119 (1)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 20205119, Qtde: 1, Data Fab: 27/08/2019, Data Val: 30/06/2021)	30039099	000	6108	CX	1	41.4600	41,46	41,46	4,98		12,00	
9730	LIDOCAINA (HYPOCAINA) 2% S/V 10- 0AMP 5ML-HYPOFARMA LT 19020343 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19020343, Qtde: 1 , Data Fab: 31/05/2019, Data Val: 28/02/20- 21)	30039053	000	6108	CX	1	77.5800	77,58	77,58	9,31		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 4...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 71,12

Pedido: 325408

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

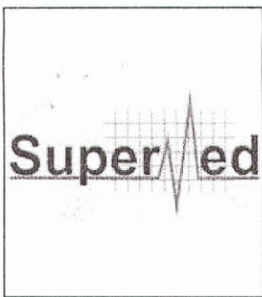
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota.....: 5 Cubagem: 0,09

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/09/19
ASS. JOMVMercadorias avariadas, ou faltas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento de transportes.Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 0017/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio



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 354060
SERIE 1
FOLHA 2/2



NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CHAVE DE ACESSO
3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3540 6010 0008 8074

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131193408338950 04/09/2019 14:45:21

CNPJ
11.206.099/0001-07

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

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
12096	CLOR.RANITIDINA 50MG 100AMP 2ML GEN-FARMA-CE LT RA19E041 (2)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: RA19E041, Qtde: 2 ,Data Fab: 02/09/-2019, Data Val: 30/05/2021)	30039099	000	6108	CX	2	49.3900	98,78	98,78	11,85		12,00	
18865	METRONIDAZOL 0,5% 60BSA 100ML GEN-ISOFAR LT 9060409 (2)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 9060409, Qtde: 2 ,Data Fab: 04/09/2019, Data Val: 20/06/2021)	30049069	000	6108	CX	2	120.0350	240,07	240,07	28,81		12,00	
22839	LACTULOSE XAROPE 120ML-NUTRIEX LT 190720 (5)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 190720, Qtde: 5 ,Data Fab: 29/08/2019, Data Val: 31/07/2021)	21069030	000	6108	FR	5	5.2980	26,49	26,49	3,18		12,00	
4795	COLAGENASE+CLORANFENICOL(IRUXOL) 30G-ABBOTT LT 1085192 (5)03/21 1098598 (1) 07 /21 (Fornecedor: 4, Lote: 1085192, Qtde: 5 ,Data Fab: 14/05/2019, Data Val: 20/03/2021 / Fornecedor: 4, Lote: 10-98598, Qtde: 1 ,Data Fab: 21/08/2019, Data Val: 31/07/2021)	30049099	000	6108	TB	6	8.2283	49,37	49,37	5,92		12,00	
27326	NISTATINA+OXIDO ZINCO POM 60G GEN-GERMED LT Z4387 (6)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: Z4387, Qtde: 6 ,Data Fab: 30/05/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049099	500	6108	TB	6	5.6133	33,68	33,68	4,04		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1920770 (1)07/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1920770, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/07/2019, Data Val: 30/07/2022)	38089429	000	6108	CX	1	40.8800	40,88	40,88	4,91		12,00	
24804	METOPROLOL(BETACRIS) 1MG/ML 10ESTJ.-5ML-CRISTALIA LT 19030552 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19030552, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/07/2019, Data Val: 30/03/2021)	30049039	000	6108	CX	1	199.7400	199,74	199,74	23,97		12,00	

Convenio nº 0407/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399168274900000000700443601018380460000045000

BENEFICIARIO:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

NOME FANTASIA:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

CNPJ: 00.841.936/0001-45

PAGADOR:

ASSOC HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 101.503

DATA DE VENCIMENTO 18/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 15/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 450,00

VALOR COBRADO 450,00

=====

NR.AUTENTICACAO C.C1D.AE5.281.0A1.38D

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

RECEBEMOS DE PASSARELLI & MOMESSO IMPRESSÕES LTDA. - EPP, OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO.

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 000.004.138

SÉRIE: 1



SANTO ANTONIO FORMULÁRIOS
Formulários Contínuos
Formulários Planos
Bobinas para P. D. V.

PASSARELLI & MOMESSO IMPRESSÕES LTDA. - EPP
Fone/Fax: (18) 3701-1151
E-mail: santoantonioformularios@hotmail.com
Rua Rafael Pereira, 619 - Centro
CEP 16800-000 - Mirandópolis - SP

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 004.138

SÉRIE 1
FOLHA 1 de 1



CHAVE DE ACESSO
35190900841936000145 55001 000004138 107947991-3

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDAS

DADOS DA NF-e

INSCRIÇÃO ESTADUAL
449.000.763.111

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBU.

CNPJ
00.841.936/0001-45

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.347.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
20/07/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
20/07/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
(14) 3332-5198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA DA SAÍDA
16:27

FATURA/DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
004138A	18/10/2019	450,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	450,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				450,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA
0 - EMITENTE
1 - DESTINATÁRIO

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1

VOLUMES

SANTO ANTONIO

0

0

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS											
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI
003	SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM 50X1	49111090	040	5101	BLS	20,00	22,500	450,00	0,00	0,00	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 Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio											
ALÍQUOTAS											
ICMS											
IPI											

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL.
Não gera direito a crédito fiscal de IPI

RESERVADO AO FISCO

UT: MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/09/19
ASS. 10ms

Economize!
Utilize DANFE em Formulário Contínuo.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.47
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	85610000049 94100064929
	11453494610 00159529273
DATA DO PAGAMENTO	15/10/2019
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: 101504
AUTENTICACAO SISBB: 4.3DE.BA2.036.191.202

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

Mina PCC

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/10/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	4.994,10
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	4.994,10
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 18/10/2019 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/10/2019 10:32:39

85610000049-1 94100064929-8 11453494610-7 00159529273-9



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/10/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	4.994,10
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	4.994,10
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 18/10/2019 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/10/2019 10:32:39

85610000049-1 94100064929-8 11453494610-7 00159529273-9



Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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.

15/10/19
 a 11

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
24/09/2019	210	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 Mirandópolis
 Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.47
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	85620000016 11000064929
	11453494610 00117089273
DATA DO PAGAMENTO	15/10/2019
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	1.611,00

DOCUMENTO: 101505
AUTENTICACAO SISBB: D.35B.4AD.386.276.572

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 18/10/2019 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/10/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	1.611,00
	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)	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/10/2019 10:29:48

85620000016-9 11000064929-0 11453494610-7 00117089273-9

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 18/10/2019 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/09/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/10/2019
	07 VALOR PRINCIPAL	1.611,00
	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)	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/10/2019 10:29:48

85620000016-9 11000064929-0 11453494610-7 00117089273-9

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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.

15/10/19
 21

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
24/09/2019	210	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 Mirandópolis
 Tipo Despesa. Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.47
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	09/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	15/10/2019
VALOR DO INSS	4.985,96
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.985,96

=====

DOCUMENTO: 101506
AUTENTICACAO SISBB: 8.CC8.D2D.9DF.50C.423

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.47
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	09/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	15/10/2019
VALOR DO INSS	4.985,96
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.985,96

=====

DOCUMENTO: 101506
AUTENTICACAO SISBB: 8.CC8.D2D.9DF.50C.423

***** 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 Grandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

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	09/2019
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	4.985,96
		7 -	
		8 -	
		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/10/2019	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	4.985,96
		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	09/2019
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	4.985,96
		7 -	
		8 -	
		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	18/10/2019	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	4.985,96
		AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA	

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

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código Nome do empregado			Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS								
2329	ALCIONE BOGAZ		1.881,93	0,00	0,00	0,00	9,00	169,37
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		3.044,55	0,00	0,00	0,00	11,00	334,90
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN		3.689,54	0,00	0,00	0,00	11,00	405,84
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		1.841,27	0,00	0,00	0,00	9,00	165,71
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		2.235,80	0,00	0,00	0,00	9,00	201,22
2336	BIANCA CAETANO COSTA		2.748,01	0,00	0,00	0,00	9,00	247,32
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ		1.921,12	0,00	0,00	0,00	9,00	172,90
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		1.881,95	0,00	0,00	0,00	9,00	169,37
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE		1.633,72	0,00	0,00	0,00	8,00	130,69
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA		1.806,38	0,00	0,00	0,00	9,00	162,57
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		1.820,94	0,00	0,00	0,00	9,00	163,88
2135	EDILENE MANOEL		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS		1.442,06	0,00	0,00	0,00	9,00	115,36
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA		1.425,75	0,00	0,00	0,00	8,00	114,06
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA		1.861,60	0,00	0,00	0,00	9,00	167,54
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA		2.912,54	0,00	0,00	0,00	9,00	262,12
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA		1.597,31	0,00	0,00	1.597,31	8,00	127,78
2771	LAIS MARANI SILVA		3.248,01	0,00	0,00	0,00	11,00	357,28
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS		1.881,93	0,00	0,00	0,00	9,00	169,37
2142	LUIS FERNANDO BETONI		2.748,01	0,00	0,00	0,00	9,00	247,32
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		1.597,31	0,00	0,00	1.597,31	8,00	127,78
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI		1.441,93	0,00	0,00	0,00	8,00	115,35
2151	MARIA JOSE CARDOSO		1.338,39	0,00	0,00	0,00	8,00	107,06
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE		2.837,51	0,00	0,00	0,00	9,00	255,37
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		2.999,70	0,00	0,00	0,00	11,00	329,96
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA		1.861,60	0,00	0,00	0,00	9,00	167,54
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA		2.785,08	0,00	0,00	0,00	9,00	250,65
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		1.651,05	0,00	0,00	0,00	8,00	132,08
2157	RICARDO DE CARVALHO		1.881,93	0,00	0,00	0,00	9,00	169,37
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA		720,33	0,00	0,00	0,00	8,00	57,62
2159	SONIA MARIA RIZZO		1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2815	TANIA MARA BARRETO		479,19	0,00	0,00	0,00	8,00	38,33
33	THAIS BOARETO DA SILVA		5.218,05	0,00	0,00	0,00	11,00	573,98
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ		1.597,32	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA		3.348,01	0,00	0,00	0,00	11,00	368,28
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI		2.952,83	0,00	0,00	0,00	11,00	324,81
	Empregados:	43	Total:	88.708,44	0,00	0,00	3.194,62	8.180,58
	Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total:	43	Total:	88.708,44	0,00	0,00	3.194,62	8.180,58

Resumo Geral das bases de INSS por Faixa

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Faixa	0,00	0,00	0,00	0,00					
Faixa	8,00	27.858,09	0,00	2.228,55					
Faixa	9,00	36.349,66	0,00	3.256,98					
Faixa	11,00	24.500,69	0,00	2.695,05					
Total	88.708,44	0,00	8.180,58	0,00	0,00	0,00	3.194,62	0,00	4.985,96

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.47
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	85660000006 93450064929
	11453494610 00105619273
DATA DO PAGAMENTO	15/10/2019
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	693,45

DOCUMENTO: 101507
AUTENTICACAO SISBB: A.304.93A.5D8.1E0.EBD

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	30/09/2019
	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	18/10/2019
DARF IRRF 09 2019 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 18/10/2019 Domicílio tributário do contribuinte: SAO CARLOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	693,45
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	693,45

85660000006-6 93450064929-8 11453494610-7 00105619273-3

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	30/09/2019
	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	18/10/2019
DARF IRRF 09 2019 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 18/10/2019 Domicílio tributário do contribuinte: SAO CARLOS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.44.66.7079 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	693,45
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	693,45

85660000006-6 93450064929-8 11453494610-7 00105619273-3

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

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

15/10/2019
 211

Empresa: 107 - ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
 CNPJ: 45.349.461/0008-89
 Período: 01/09/2019 a 30/09/2019

Página: 1/1
 Emissão: 07/10/2019
 Horas: 15:08:14

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/09/2019 a 30/09/2019									
EMPREGADOS									
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 08/19	3.148,98	346,38	379,18	2	7,50	142,80	38,96
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 08/19	3.294,89	362,43	0,00	0	15,00	354,80	85,07
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Férias	4.228,60	465,14	0,00	0	22,50	636,13	210,65
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 08/19	2.649,99	238,49	189,59	1	7,50	142,80	23,84
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Mensal 08/19	2.868,63	258,17	0,00	0	7,50	142,80	52,98
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 08/19	3.149,99	346,49	189,59	1	7,50	142,80	53,24
2142	LUIS FERNANDO BETONI	Mensal 08/19	2.649,99	238,49	0,00	0	7,50	142,80	38,06
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	Mensal 08/19	2.722,52	245,02	0,00	0	7,50	142,80	43,01
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 08/19	2.685,63	241,70	0,00	0	7,50	142,80	40,49
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 08/19	2.756,92	248,12	0,00	0	7,50	142,80	45,36
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	Mensal 08/19	3.278,09	360,58	189,59	1	7,50	142,80	61,79
Total:			33.434,23	3.351,01					693,45
Empregados:	11	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	33.434,23	3.351,01	947,95
									693,45
Total Geral:									
Empregados:	10	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	33.434,23	3.351,01	947,95
									693,45

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	08/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 08/2019	0,00	19.773,22	0,00	19.773,22	0,00
0588	Mensal 08/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Totalizador			19.773,22	0,00	19.773,22	0,00

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100742128176180460000076898
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	101.508
NOSSO NUMERO	17115360000742128
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	15/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	768,98
VALOR COBRADO	768,98

=====

NR. AUTENTICACAO	6.A0C.0EB.408.BCB.375
------------------	-----------------------

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

RioclarensenseCOMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1203072 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0967 7291 7800 0491 5500 1001 2030 7213 0459 0829

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

135190644206967 03/09/2019 19:11:22

CNPJ
67.729.178/0004-91

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

03/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

03/09/2019

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
1203072/1	18/10/2019	768,98						

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	
768,98		110,23	0,00		0,00	768,98	
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	768,98	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
R MARIA CERON VOLPE 2290		SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1,00	VOLUME(S)		0,00006	3,707	3,707	

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
022687	CILOSTAZOL 100MG (BIOLAB SANUS) L: 1039664 Q: 30, 0000 V: 31/05/2021	30049069	500	5102	CP	30,00	0,4913	14,74	14,74	2,65	0,00	18,00	0,00
012735	LEVOTIROXINA SODICA 25MCG (MERCK) L: BR110265 Q: 50,0000 V: 30/10/2020	30043981	500	5102	CP	50,00	0,0984	4,92	4,92	0,89	0,00	18,00	0,00
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AT-048/18 Q: 100,0000 V: 30/10/2020	30042069	000	5102	AP	100,00	1,1161	111,61	111,61	13,39	0,00	12,00	0,00
021223	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AB-052/19 Q: 100,0000 V: 30/04/2021	30049099	500	5102	AP	100,00	1,7035	170,35	170,35	20,45	0,00	12,00	0,00
017910	OMEPRAZOL 40MG F-A (CRISTALIA) (ITEM GENERICO) L: 19050233 Q: 25,0000 V: 30/05/2021	30049069	000	5102	FA	25,00	5,874	146,85	146,85	17,62	0,00	12,00	0,00
021411	TRAMADOL 100MG/2ML, CLORIDRATO (TEUTO) (ITEM GENERICO) L: 9069257 Q: 60,0000 V: 30/05/2021 *** Portaria 34 4/98 A2	30049039	500	5102	AP	60,00	0,6824	40,94	40,94	4,91	0,00	12,00	0,00
031034	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (FORTCLEAN) L: 56 22 Q: 96,0000 V: 30/07/2024	90211020	000	5102	PC	96,00	0,5737	55,08	55,08	9,91	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. DATA ENTREGA: 04/09/2019 Pedido: 1464441 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1464441 *** 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 LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS 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: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/09/2019
ASS. *10mw*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1203072 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0967 7291 7800 0491 5500 1001 2030 7213 0459 0829

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

135190644206967 03/09/2019 19:11:22

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

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	ALIQUOTAS ICMS	IPI
027494	SONDA URETRAL N.14 (MARKMED) L: 13657 Q: 20,0000 V: 30/05/2023	90183929	000	5102	PC	20,00	0,4875	9,75	9,75	1,75	0,00	18,00	0,00
027570	EQUIPO MACRO-GOTAS P/ ALIMENTACAO ENTER. (DESC ARPACK) L: SENAA00016 Q: 40,0000 V: 30/03/2024	90189099	200	5102	PC	40,00	0,8455	33,82	33,82	6,09	0,00	18,00	0,00
030360	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (DESCARTEE) L: CL 022 Q: 200,0000 V: 30/01/2024	63079010	000	5102	PC	200,00	0,9046	180,92	180,92	32,57	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

21/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:12:23
679006790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	21/10/2019
NR. DOCUMENTO	550.058.000.059.599
VALOR TOTAL	934,00

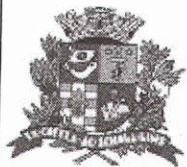
***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TECSEG EQUIP C I M LTDA M	
AGENCIA: 0058-2	CONTA: 59.599-3
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211

=====

NR.AUTENTICACAO	8.A34.207.D00.CA6.ECE
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
1841

Data de Emissão
08/10/2019

Data e Hora da
Competência
08/10/2019 às 10:03:17

Código de Verificação
2055-3444-9889



Situação
Telefones

E-Mail's

PRESTADOR DE SERVIÇOS
CNPJ 12.119.494/0001-07
Cód. Mobiliário 100166
Insc. Mun. 100166
Nome TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA
Logradouro RUA-ALVARES DE AZEVEDO
Bairro JARDIM PINHEIRO
Município LINS
Situação Optante do Simples Nacional
Telefones (14) 3532-3506

Autenticação
IE 419065626119
Número 60
CEP 16400-580
UF SP



TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02
Inscrição Mun. 104244
Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
E-mail jvalentim@ahbb.org.br;
Inf. Comp.
Logradouro AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES
Bairro JARDIM ARIANO
Município LINS
Complemento SALA 03

IE ISENTO
Cód. Mobiliário 104244
Telefone contabilidade2@ahbb.org.br
Número 303
CEP 16400-400
UF SP
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: 20/10/2019

REFERENTE AOS SERVIÇOS DA UTI MIRANDÓPOLIS

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPi (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = 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 (%)

4,3700

Base de Cálculo (R\$)

934,00

Vlr. Total das Deduções (R\$)

0,00

Vlr. Total Retido (R\$)

0,00

Vlr. do ISS (R\$)

40,82

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 EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA** CNPJ: 12.119.494/0001-07

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 1841 emitida em 08/10/2019 às 10:03:17 - Cód Verif 2055-3444-9889

Condições de Pagamento: **Vencimento: 08/10/2019** 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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:47
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612415206113359200002034312180470000038000
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 102.101
NOSSO NUMERO 6124520611
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 19/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO 380,00
VALOR COBRADO 380,00
=====

NR.AUTENTICACAO D.0B3.3EC.7D8.365.2E8

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



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081

ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAIDA

1

Nº 1035505

SERIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0904 0278 9400 0326 5500 1001 0355 0510 0116 9756

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

152192484139491 04/09/2019 21:29:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

04/09/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

21:24

FATURA / DUPLICATA

001 19/10/2019 380,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

380,00

VALOR DO ICMS

15,20

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

0,00

0,00

380,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

0,00

0,00

380,00

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

CATALÃO

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

3,40

3,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL IPI
22532	OXACILINA 500MG 50/5ML GEN-AUROBINDOIM-IV -FRASCO AMPOLA (Lote: OX5019008A, Qtde: 4, Dt Val: 30/04/2021)	30041019	200	6108	CX	4	95.0000	380,00	380,00	15,20		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
ENDEREÇO DE ENTREGA: Av. Dr. Raul da Cunha Bueno- 585 - Mirandópolis - SP,
16800-000UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 30,40
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 15,20, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 15,20
Pedido: 1103105
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/09/19
ASS. *Romy*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116202839203021002213581008980480000010990

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	102.102
DATA DE VENCIMENTO	20/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	21/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	109,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	99,90

=====

NR.AUTENTICACAO C.E44.910.C7A.D91.E2A

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 82

Nº 000000011

Emissão: 01/10/2019

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

ISENTO

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612255574443347900001526110180490000254400
BENEFICIARIO:
SAMTRONIC I COMERCIO LTDA
NOME FANTASIA:

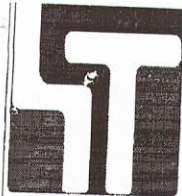
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI
CNPJ: 58.426.628/0001-33
PAGADOR:
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	102.103
NOSSO NUMERO	6122557444
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	21/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	21/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	2.544,00
VALOR COBRADO	2.544,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.B97.5EB.7BF.46D.272

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

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 PRODUÇÃO 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
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO
22/08/2019

ENDEREÇO
AV. JOSE ARJANO 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): MAT199023339130CB - 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): JUN199052341060CB - 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
CONFERRA 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. *[Assinatura]*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100745532176480490000052824
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	102.104
NOSSO NUMERO	17115360000745532
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	21/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	21/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	528,24
VALOR COBRADO	528,24

=====

NR.AUTENTICACAO 9.CC5.9C9.F9F.B7E.CD5

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

Rioclareense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
R. EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1208019 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3519 0967 7291 7800 0491 5500 1001 2080 1917 0979 2040

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
135190679629564 16/09/2019 21:41:02

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
16/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

16/09/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1208019/1	21/10/2019	528,24						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
528,24	95,08	0,00	0,00	528,24
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
				528,24

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2290	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00001	3,609	3,609

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW239 Q: 1.000,0000 V: 30/03/2024	65069900	200	5102	PC	1.000,00	0,0431	43,10	43,10	7,76	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290327 Q: 400,0000 V: 28/03/2021	38220090	700	5102	TI	400,00	0,5422	216,88	216,88	39,04	0,00	18,00	0,00
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 07/19 Q: 2,0000 V: 30/07/2024	52030000	000	5102	RO	2,00	10,0505	20,10	20,10	3,62	0,00	18,00	0,00
030332	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC907 Q: 10,0000 V: 30/04/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	24,816	248,16	248,16	44,66	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE. FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 17/09/2019 Pedido: 1471205 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1471205 *** 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 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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17/09/2019
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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612587825153359800002034312180490000046540

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 102.105

NOSSO NUMERO 6125782515

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 465,40

VALOR COBRADO 465,40

=====

NR.AUTENTICACAO C.20A.205.440.5D1.476

Convenio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UJE 090196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1301
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0904 0278 9400 0750 5500 1000 0013 0110 0077 2344

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

135190678949895 16/09/2019 17:03:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

16/09/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

16/09/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

17:02

FATURA / DUPLICATA

001 21/10/2019 465,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

465,40

VALOR DO ICMS

83,77

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

465,40

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

465,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

O EMITENTE

ENDEREÇO

RUA SAO PAULO, 31

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

PESO BRUTO

0,20

PESO LÍQUIDO

0,20

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NGM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26473	HEMOPOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 19050504, Qtde: 4, Dt Val: 31/0-5/2021)	30049099	000	5102	CX	4	116,3500	465,40	465,40	83,77		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 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

Pedido: 1526

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17/09/2019
ASS. *loms*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612587823933359000002034312980490000042530

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 102.106

NOSSO NUMERO 6125782393

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 425,30

VALOR COBRADO 425,30

=====

NR.AUTENTICACAO 2.B3E.9F7.647.E14.2BB

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Nº 1038697
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0904 0278 9400 0326 5500 1001 0386 9710 0132 6950

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

152192515490918 16/09/2019 20:50:33

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

16/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

16/09/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

20:48

FATURA / DUPLICATA

001 21/10/2019 425,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

335,65

VALOR DO ICMS

40,27

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

425,30

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

425,30

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

4

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

20,00

PESO LÍQUIDO

20,00

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
16411	MIOCARDIL 30MG C/30CP - VITAMEDIDC (Lote: 49152, Qtde: 3, Dt Val: 28/02/2021)	30049099	020	6108	CX	3	7,0500	21,15	17,62	2,11		12,00	
24968	VANCOMICINA 500MG 50/10MLF/A GEN-TEUTO (Lote: 1935381, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/20-21)	30042071	020	6108	CX	1	198,0500	198,05	165,04	19,80		12,00	
18663	COLETOR URINA AD.2000ML C/100-SEGME (Lote: 0719, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2022)	90189099	040	6108	PCT	1	22,5000	22,50					
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	24	7,6500	183,60	152,99	18,36		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 3 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITENS 1 a 2,4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 4
ITEM 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1,3 a 4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1,4
ITENS 1,4
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 12,29
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 60,40, Federal, R\$ 20,13, Estadual, R\$ 40,27
Pedido: 1106573
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho....: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereco.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 17/09/19
ASS. *[assinatura]*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100746044171180510000051351

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	102.107
NOSSO NUMERO	17115360000746044
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	23/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	21/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	513,51
VALOR COBRADO	513,51

=====

NR.AUTENTICACAO 8.9D2.546.96D.D94.F29

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 emissor

RioclareenseCOMERCIAL 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 ELETRÔNICA0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA
Nº. 1208860 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 0967 7291 7800 0491 5500 1001 2088 6010 5905 7987

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

135190685412892 18/09/2019 12:58:36

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

18/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

18/09/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR
1208860/1	23/10/2019	513,51						

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
513,51	89,49	0,00	0,00	513,51
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
				513,51

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2290	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00030	1,054	1,054

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
012990	MEPERIDINA 50MG/ML (PETIDINA), CLORIDRAT (UNIAO Q UIMICA) (ITEM GENERICO) L: 1908004 Q: 25,0000 V: 28/02/2021 *** Portaria 344/98 A1	30049064	000	5102	AP	25,00	1,96	49,00	49,00	5,88	0,00	12,00	0,00
024290	MASCARA AZUL C/ ELASTICO N95 (DESCARPACK) L: SM NSAA005 Q: 100,0000 V: 30/08/2023	63079010	000	5102	PC	100,00	2,2052	220,52	220,52	39,69	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290333 Q: 450,0000 V: 28/03/2021	38220090	700	5102	TI	450,00	0,5422	243,99	243,99	43,92	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 19/09/2019 Pedido: 1472492 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1472492 *** 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 LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS 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: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

ASS.
RECEBIDO 19/09/19
AHBB - UTI MIRANDOPOLIS

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000081595953201043180500000098106

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: 45.349.461/0009-60

=====

NR. DOCUMENTO 102.108

DATA DE VENCIMENTO 22/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 981,06

VALOR COBRADO 981,06

=====

NR.AUTENTICACAO B.07D.818.72E.727.C33

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



**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
8

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 356641
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3566 4110 0072 6751

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
131193414198360 10/09/2019 14:22:23

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 (18905)

CNPJ/CPF
45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO
10/09/2019

ENDEREÇO
R DR.ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6

BAIRRO/DISTRITO
VILA WILLIAMS

CEP
17400-000

DATA DE RECEBIMENTO
10/09/2019

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1148586000

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/10/2019 981,06

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
981,06	99,64	0,00	0,00	981,06
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				981,06

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER												
	LT CAM12501 (6)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: CAM12501, Qtde: 6, Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 30/05/2021)	30051090	000	6108	PCT	6	10,8133	64,88	64,88	7,79		12,00	
19272	RIOHEX DEGERMANTE 2% 100ML C/30-RIOQUIMICA												
	LT 1805488 (1)10/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1805488, Qtde: 1, Data Fab: 08/01/2019, Data Val: 30/10/2021)	30049047	000	6108	CX	1	55,7500	55,75	55,75	6,69		12,00	
6796	C.GAZE 7,5X7,5 11F N.EST.KARINA C/500-AME-RICA LT 734 (3)06/24 (Fornecedor: 4, Lote: 734, Qtde: 3, Data Fab: 01/08/2016, Data Val: 01/06/2022)	30059090	000	6108	PCT	3	12,0200	36,06	36,06	4,33		12,00	
12223	AG.DESC.40 X 12 C/100-LABOR IMPORT LT 250-82018 (6)08/21 (Fornecedor: 4, Lote: 2508-2018, Qtde: 6, Data Fab: 24/06/2019, Data Val: 25/08/2021)	90183219	200	6108	CX	6	5,1367	30,82	30,82	1,23		4,00	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53118011 (2)01/23 53218053 (1) 05/23 (Fornecedor: 1, Lote: 53118011, Qtde: 2, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 01/09/2021 / Fornecedor: 4, Lote: 53218053, Qtde: 1, Data Fab: 24/06/2019, Data Val: 30/05/2023)	90183219	200	6108	CX	3	5,0200	15,06	15,06	0,60		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 1...
ITENS 4 a 8,11 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 76,92

Pedido: 327908

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....: 5 Cubagem: 0,16

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/09/19
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

Mercadorias avariadas, ou faltas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento 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-SAÍDA

1

Nº 356641
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3566 4110 0072 6751

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

131193414198360 10/09/2019 14:22:23

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
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 1875M4 (2)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: 1875M4, Qtde: 2, Data Fab: 28/06/2019, Data Val: 30/05/20-24)	90183219	200	6108	CX	2	4,8000	9,60	9,60	0,38		4,00	
11612	SERINGA DESC.03ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA313A (1)12/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA313A, Qtde: 1, Data Fab: 29/05/2019, Data Val: 30/12/2023)	90183119	200	6108	CX	1	10,5100	10,51	10,51	0,42		4,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0303 (6)11/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0303, Qtde: 6, Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 30/11/2023)	90183119	200	6108	CX	6	20,6483	123,89	123,89	4,96		4,00	
27356	LUVA CIRURG.7,5 EST.C/200 PARES-LEMGRUBER LT LP014J (1)07/22 (Fornecedor: 4, Lote: LP014J, Qtde: 1, Data Fab: 09/08/2019, Data Val: 31/07/2022)	40151100	000	6108	CX	1	179,5300	179,53	179,53	21,54		12,00	
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SRI1-919MM (3)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: SRI1-919MM, Qtde: 3, Data Fab: 03/06/2019, Data Val: 30/04/2024)	40151900	000	6108	CX	3	139,5767	418,73	418,73	50,25		12,00	
23617	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT PGC C/25-DESCAR LT SEMAAA0195 (2)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: SEMAAA0195, Qtde: 2, Data Fab: 09/05/2019, Data Val: 30/01/2024)	90189010	200	6108	PCT	2	18,1150	36,23	36,23	1,45		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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000081595950801043880500000057894

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: 45.349.461/0009-60

=====

NR. DOCUMENTO	102.109
DATA DE VENCIMENTO	22/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	21/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	578,94
VALOR COBRADO	578,94

=====

NR.AUTENTICACAO 7.D7F.8DF.495.708.6C4

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

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

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 27548
SERIE 1
FOLHA 1/2

**CHAVE DE ACESSO**

3519 0911 2060 9900 0441 5500 1000 0275 4810 0001 9145

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

135190661473355 10/09/2019 12:28:17

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 (18905)

CNPJ/CPF

45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO

10/09/2019

ENDEREÇO

R DR.ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6

BAIRRO/DISTRITO

VILA WILLIAMS

CEP

17400-000

DATA ENTRADA/SAIDA

10 SET. 2019

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE/FAX

1148586000

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/10/2019 578,94

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

461,62

VALOR DO ICMS

83,09

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

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

578,94

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

001 22/10/2019 578,94

VALOR DO ICMS

83,09

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

578,94

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00



**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 27548
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0911 2060 9900 0441 5500 1000 0275 4810 0001 9145

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

135190661473355 10/09/2019 12:28:17

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
21523	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-DESCARBOX ECOLOGIC LT 3910 (1) 08/2024 (Fornecedor: 2014, Lote: 3910, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/0- 8/2019, Data Val: 30/08/2024)	48191000	000	5102	CX	1	58,9100	58,91	58,91	10,60		18,00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA017J, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90183929	200	5102	CX	1	53,0000	53,00	53,00	9,54		18,00	
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0009, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 28/02/2022)	90181100	200	5102	PCT	6	9,9650	59,79	59,79	10,76		18,00	
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO (Fornecedor: 261, Lote: 074, Qtde: 3 ,Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 02/08/2024)	44219900	000	5102	PCT	3	2,3800	7,14	7,14	1,29		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G4- 55 (1) 07/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G455, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2024)	90183111	200	5102	CX	1	53,2800	53,28	53,28	9,59		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G536 (1) 08/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G536, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	90183119	260	5102	CX	1	79,5200	79,52					
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR (Fornecedor: 918, Lote: SEEA0012, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/- 2024)	90189099	200	5102	PCT	2	17,9000	35,80	35,80	6,45		18,00	

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000081595958301046980500000226538

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: 45.349.461/0009-60

=====

NR. DOCUMENTO 102.110

DATA DE VENCIMENTO 22/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 2.265,38

VALOR COBRADO 2.265,38

=====

NR.AUTENTICACAO 1.4BF.DAE.4FC.9B5.DB0

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



**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
8

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 359634
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3596 3410 0096 0036

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

131193421927862 17/09/2019 13:55:38

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 (18905)

CNPJ/CPF

45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO

17/09/2019

ENDEREÇO
R DR. ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6

BAIRRO/DISTRITO
VILA WILLIAMS

CEP
17400-000

DATA DE RECEBIMENTO
17/09/2019

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1148586000

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/10/2019 2.265,38

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
2.265,38	217,66	0,00	0,00	2.265,38
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.265,38

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

MG

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO
AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

4 CAIXA 6,27

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
11689	DIPIRONA 500MG/ML GTS 10ML GEN-FARMACE LT DS19E207 (5)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: DS19E207, Qtde: 5, Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 31/05/2021)	30039099	000	6108	FR	5	0,6860	3,43	3,43	0,41		12,00	
19069	HIDROCORTISONA 100MG 50FAM GEN-BLAU LT 19-070999 (1)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 190-70999, Qtde: 1, Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 31/07/2021)	30043210	000	6108	CX	1	116,8300	116,83	116,83	14,02		12,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB03319 (2)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: AB03319, Qtde: 2, Data Fab: 10/06/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	2	83,7850	167,57	167,57	20,11		12,00	
4472	KLARICID 500MG 1FAM-ABBOTT LT 96057TB22 (10)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: 96057TB22, Qtde: 10, Data Fab: 13/08/2019, Data Val: 30/11/2020)	30042029	200	6108	FAM	10	31,4500	314,50	314,50	12,58		4,00	
13943	MEROPENEM 1G IV 10FAM GEN-ABL LT 1115033D8 (2)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: 1115033D8, Qtde: 2, Data Fab: 04/07/2019, Data Val: 31/10/2020)	30042099	200	6108	CX	2	181,4550	362,91	362,91	14,52		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTRI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# r 14 b 12...
ITEM 4 e 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\$ 190,12
Pedido: 330645
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
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..... 5 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/09/19
ASS. *10ms*

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

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

PERECUTIVO
URGENTE



**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
8

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 359634
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3596 3410 0096 0036

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

131193421927862 17/09/2019 13:55:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA-FARMA LT 78NF2247 (3)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 78NF2247, Qtde: 3, Data Fab: 11/09/-2019, Data Val: 30/06/2021)	30041019	000	6108	CX	3	411,3900	1.234,17	1.234,17	148,10		12,00	
27557	CL.TRAMADOL 50MG 10CAP GEN-VITAMEDIC A2 LT 49813 (3)03/21 (Fornecedor: 961, Lote: 49-813, Qtde: 3, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/03/2021)	30039049	000	6108	CX	3	3,3500	10,05	10,05	1,21		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006792 (2)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: BF18006792, Qtde: 2, Data Fab: 12/09/2019, Data Val: 30/11/20-20)	30043100	000	6108	FR	2	18,7350	37,47	37,47	4,50		12,00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18005719 (1)10/20 (Fornecedor: 4, Lote: BF18005719, Qtde: 1, Data Fab: 28/06/2019, Data Val: 30/10/2020)	30043100	000	6108	FR	1	18,4500	18,45	18,45	2,21		12,00	

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000081595955901046780500000055743

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: 45.349.461/0009-60

NR. DOCUMENTO 102.111

DATA DE VENCIMENTO 22/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 557,43

VALOR COBRADO 557,43

=====

NR.AUTENTICACAO 1.92A.403.486.7CD.368

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



**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
8

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 359563
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3595 6310 0042 3649

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
131193421623238 17/09/2019 10:21:31

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 (18905)

CNPJ/CPF
45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO
17/09/2019

ENDEREÇO
R DR. ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6

BAIRRO/DISTRITO
VILA WILLIAMS

CEP
17400-000

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
GARÇA

FONE/FAX
1148586000

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/10/2019 557,43

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
557,43	64,43	0,00	0,00	557,43
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				557,43

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 3	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 16,19	PESO LÍQUIDO 16,19

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
25127	AT.CREPE 15X4,5(1,8)13F DZ-EUROPA LT 31296 (4)09/24 (Fornecedor: 4, Lote: 31296, Qtde: 4, Data Fab: 16/09/2019, Data Val: 09/09/2024)	30059090	000	6108	DZ	4	7,6625	30,65	30,65	3,68		12,00	
6796	C.GAZE 7,5X7,5 11F N.EST.KARINA C/500-AME- RICA LT 734 (3)06/24 (Fornecedor: 4, Lote: 734, Qtde: 3, Data Fab: 01/08/2016, Data Val: 01/06/2022)	30059090	000	6108	PCT	3	12,0200	36,06	36,06	4,33		12,00	
12223	AG.DESC.40 X 12 C/100-LABOR IMPORT LT 230- 52019 (6)05/22 (Fornecedor: 4, Lote: 2305- 2019, Qtde: 6, Data Fab: 12/09/2019, Data Val: 23/05/2022)	90183219	200	6108	CX	6	5,1367	30,82	30,82	1,23		4,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR002J (2)01/22 (Fornecedor: 4, Lote: PR002J, Qtde: 2, Data Fab: 31/01/2019, Da- ta Val: 30/01/2022)	40151900	000	6108	CX	2	139,9500	279,90	279,90	33,59		12,00	
20430	CUR.HIDROCO.E.FINO 10X10CM C/10-CASEX REF.H310 LT C05519 (1)07/22 (Forneco- dor: 4, Lote: C05519, Qtde: 1, Data Fab: 06/08/2019, Data Val: 16/07/2022)	30051090	000	6108	CX	1	42,0000	42,00	42,00	5,04		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 4...
ITEM 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 35,90
Pedido: 330654
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
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.....: 5 Cubagem: 0,07

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/09/19
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. Custo

Mercadorias avariadas, ou faltas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento 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 359563
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3595 6310 0042 3649

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

131193421623238 17/09/2019 10:21:31

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
20632	CUR.HIDROCO.REGULAR 20X20CM C/10-CASEX REF.H120 LT C04019 (1)05/22 (Fornecedor: 4, Lote: C04019, Qtde: 1 ,Data Fab: 15/07/2019, Data Val: 20/05/2022)	30051090	000	6108	CX	1	138,0000	138,00	138,00	16,56		12,00	

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000081595952401040580500000058053

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: 45.349.461/0009-60

NR. DOCUMENTO 102.112

DATA DE VENCIMENTO 22/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 580,53

VALOR COBRADO 580,53

=====

NR.AUTENTICACAO 4.5E6.1CD.AEF.07B.C4B

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

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 28387
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3519 0911 2060 9900 0441 5500 1000 0283 8710 0034 1626

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190681112861 17/09/2019 10:54:17

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 (18905)

CNPJ/CPF

45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO

17/09/2019

ENDEREÇO
R DR. ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6BAIRRO/DISTRITO
VILA WILLIAMSCEP
17400-000DATA DE ENTRADA SAÍDA
17 SET. 2019MUNICÍPIO
GARÇAFONE/FAX
1148586000UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/10/2019 580,53

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	286,14	VALOR DO ICMS	51,51	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	580,53
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS								VALOR TOTAL DA NOTA	580,53

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

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO
SAO PAULOUF
SPINSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

19,35

PESO LÍQUIDO

19,35

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21840	INFUSOR MULT. 2V C/CLAMP PCC C/4- 0-DESCARP (Fornecedor: 4, Lote: SEUUA000- 2, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	21,4000	21,40	21,40	3,85		18,00	
10689	SONDA ENT. 12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900020113, Qtde: 6, Data Fab: 01/05/2017, Data Val: 30/04/2022)	90183921	040	5102	PC	6	7,6650	45,99					
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0009, Qtde: 4, Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 28/02/2022)	90181100	200	5102	PCT	4	9,9650	39,86	39,86	7,18		18,00	
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VI- TALDERM (Fornecedor: 142, Lote: 20171110, Qtde: 100, Data Fab: 10/11/2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	100	0,7896	78,96	78,96	14,21		18,00	
24472	PERIODONT ENX. BUCAL 0,12% 25- OML-FBM (Fornecedor: 7654, Lote: C18A111, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2018, Data Val: 30/07/2020)	33069000	060	5102	FR	6	3,5150	21,09					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 2. Rota R3 possui 2
volume(s) #R3V2..ITEM 2 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate
30/09/2019.ITEM 5 ICMS-ST retido por operação anterior base: 22,26 valor: 2,28
Pedido: 28518End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário:
COMERCIALEmpresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017

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....: 5 Cubagem: 0,11

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/09/19
10ms
ASS.Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis.
Tipo Despesa. Custeio



**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 28387
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 0911 2060 9900 0441 5500 1000 0283 8710 0034 1626

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

135190681112861 17/09/2019 10:54:17

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
27674	COL.UR.2000ML SF C/VALV C/2- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SBSFPA001A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	39269030	700	5102	CX	1	49,9000	49,90	49,90	8,98		18,00	
16790	ESCOVA C/ CLOREXIDINA C/48-VIC PHARMA (Fornecedor: 7744, Lote: M25911, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/20- 22)	30039099	000	5102	CX	1	72,3300	72,33	72,33	13,02		18,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5- 0-TALGE (Fornecedor: 1695, Lote: TMTW045, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2024)	63079010	200	5102	PCT	6	3,9483	23,69	23,69	4,27		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/10- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0303, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/11/2018, Data Val: 30/10/2023)	90183119	260	5102	CX	6	20,6483	123,89					
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/5- 0-DESCARPACK (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0379, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183119	260	5102	CX	6	17,2367	103,42					

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029926900000807000107701180520000068000

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	102.113
DATA DE VENCIMENTO	24/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	21/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 0.9BA.C75.42C.859.2EF

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC		VALOR NOTA R\$ 680,00	NF-e Nº: 000.113.121 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO 2 / 10 / 2019	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 000.113.121 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3519 0951 9436 4500 0107 5500 1000 1131 2110 0464 0326 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190701566111 - 24/09/2019 13:39:18
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB-TRIBUTARIA	CNPJ 51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 24/09/2019
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS		FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 13:38:41

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	24/10/2019	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 110,16	VALOR TOTAL DA NOTA 680,00			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765		MUNICÍPIO SAO PAULO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
QUANTIDADE 1	ESPECIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,980	PESO LÍQUIDO 0,700	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

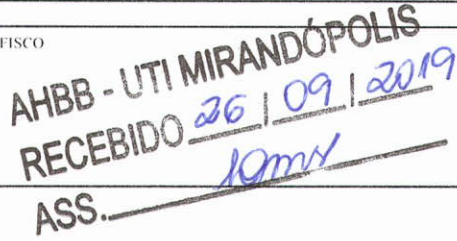
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
C2D90N	Cateter para Subclavia D.L. CVC 7Fr x 20cm com acessórios BN R.O.P.M. 0702040150 L. 34105B Q1 10 RESOLUÇÃO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI 1617 C2HF-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

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 85215163	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Pedido Pedido: 86077 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado PIS: 1,10% (Lei 12.741/2012, Federal: R\$ 20,56 (4,20%) Estadual (R\$ 1,10 (1,10%) Fonte: IBPT, ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO 01 DO ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PEL CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/ 011	RESERVADO AO FISCO 
---	--

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:48
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000081595954001046380500000274371

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: 45.349.461/0009-60

=====

NR. DOCUMENTO 102.114

DATA DE VENCIMENTO 22/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 21/10/2019

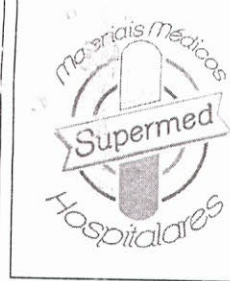
VALOR DO DOCUMENTO 2.743,71

VALOR COBRADO 2.743,71

=====

NR.AUTENTICACAO 0.42B.231.EEB.9DA.AFE

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



**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**
8

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 356649
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3566 4910 0008 2011

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

131193414201796 10/09/2019 14:24:22

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 (18905)

CNPJ/CPF
45.349.461/0009-60

DATA DA EMISSÃO
10/09/2019

ENDEREÇO
R DR.ORLANDO THIAGO SANTOS, 70 SL 6

BAIRRO/DISTRITO
VILA WILLIAMS

CEP
17400-000

DATA ENTRADA/SAÍDA
10 SET 2019

MUNICÍPIO

GARÇA

FONE/FAX
1148586000

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/10/2019 2.743,71

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.743,71	VALOR DO ICMS 292,09	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.743,71
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA 2.743,71

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

2

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

10,77

PESO LÍQUIDO

10,77

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26857	CLOPIDOGREL 75MG 28CP GEN-DR REDDYS LT C8-00445 (1)12/19 (Fornecedor: 4, Lote: C800-445, Qtde: 1, Data Fab: 16/04/2019, Data Val: 30/12/2019)	30049079	200	6108	CX	1	5,6800	5,68	5,68	0,23		4,00	
21586	LOPERAMIDA 2MG 200CP GEN-GLOBO C1 LT 2620-2918 (1)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: 26202-918, Qtde: 1, Data Fab: 09/07/2019, Data Val: 30/11/2020)	30049099	000	6108	CX	1	11,8000	11,80	11,80	1,42		12,00	
10889	PREDNISONA(CORTICORTEN)20MG 20CP-NEO QUI-MICA LT B19F0976 (1)06/22 (Fornecedor: 4, Lote: B19F0976, Qtde: 1, Data Fab: 09/09/-2019, Data Val: 30/06/2022)	30043999	000	6108	CX	1	3,4100	3,41	3,41	0,41		12,00	
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)	30049045	000	6108	CX	1	114,5500	114,55	114,55	13,75		12,00	
22406	ENOXAPARINA(CUTENOX SD) 20MG 10SER. 0,2ML IV/SC-MYLAN LT JA807X (1)04/20 (Fornecedor: 4, Lote: JA807X, Qtde: 1, Data Fab: 22/08/2018, Data Val: 30/04/2020)	30049099	200	6108	CX	1	115,3100	115,31	115,31	4,61		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# r 14 b 11...
ITENS 1,5,9,15 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 201,79

Pedido: 327917

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

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....: 5 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/09/2019
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



**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 356649
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 0911 2060 9900 0107 5500 1000 3566 4910 0008 2011

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

131193414201796 10/09/2019 14:24:22

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
14491	HEMOPOL 5.000UI 25AMP 0,25ML-CRISTALIA LT 19040429 (3)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19040429, Qtde: 3, Data Fab: 10/07/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	3	115,9333	347,80	347,80	41,74		12,00	
22436	NOPROSIL 10MG 240AMP 2ML PL-ISOFARMA LT 9040137 (1)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: 9040137, Qtde: 1, Data Fab: 24/07/2019, Data Val: 06/04/2021)	30049041	000	6108	CX	1	74,1800	74,18	74,18	8,90		12,00	
12096	CLOR.RANITIDINA 50MG 100AMP 2ML GEN-FARMA- CE LT RA19G063 (2)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: RA19G063, Qtde: 2, Data Fab: 13/08/- 2019, Data Val: 15/07/2021)	30039099	000	6108	CX	2	50,7600	101,52	101,52	12,18		12,00	
4472	KLARICID 500MG 1FAM-ABBOTT LT 94735TB22 (1)09/20 96057TB22 (9)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: 94735TB22, Qtde: 1, Data Fab: 30/ 07/2019, Data Val: 30/09/2020 / Fornece- dor: 4, Lote: 96057TB22, Qtde: 9, Data Fab: 13/08/2019, Data Val: 30/11/2020)	30042029	200	6108	FAM	10	31,0000	310,00	310,00	12,40		4,00	
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA- FARMA LT 78NE1620 (1)05/21 78NE5320 (1) 05/90 (Fornecedor: 4, Lote: 78NE1620, Qtde: 1, Data Fab: 06/08/2019, Data Val: 31/05/2021 / Fornecedor: 4, Lote: 78- NE5320, Qtde: 1, Data Fab: 10/09/2019, Da- ta Val: 31/05/2020)	30041019	000	6108	CX	2	446,6750	893,35	893,35	107,20		12,00	
22839	LACTULOSE XAROPE 120ML-NUTRIEX LT 190710 (5)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 190710, Qtde: 5, Data Fab: 05/09/2019, Data Val: 31/07/2021)	21069030	000	6108	FR	5	5,0700	25,35	25,35	3,04		12,00	
9984	TOPCOID GEL 5MG/G 40G-U.QUIMICA LT 1910390 (1)03/22 1931202 (4)08 /22 (Fornecedor: 4, Lote: 1910390, Qtde: 1, Data Fab: 08/04/2- 019, Data Val: 30/03/2022 / Fornecedor: 4, Lote: 1931202, Qtde: 4, Data Fab: 09/09/2- 019, Data Val: 31/08/2022)	30049099	000	6108	TB	5	7,6060	38,03	38,03	4,56		12,00	
12772	FENTANILA 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLA- BOR A1 LT AS04119 (2)03/21 (Fornecedor: 4, Lote: AS04119, Qtde: 2, Data Fab: 18/07/2- 019, Data Val: 30/03/2021)	30045090	000	6108	CX	2	185,5650	371,13	371,13	44,54		12,00	
13324	MIDAZOLAM 50MG 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR B1 LT AP03519 (1)03/21 (Fornecedor: 4, Lo- te: AP03519, Qtde: 1, Data Fab: 04/07/201- 9, Data Val: 30/03/2021)	30049099	000	6108	CX	1	281,4600	281,46	281,46	33,78		12,00	
26490	GABAPENTINA 300MG 30CAP GEN-AUROBINDO C1 LT GG3019001A (3)02/21 (Fornecedor: 4, Lo- te: GG3019001A, Qtde: 3, Data Fab: 23/07/- 2019, Data Val: 28/02/2021)	30049039	200	6108	CX	3	11,2133	33,64	33,64	1,35		4,00	
27557	CL.TRAMADOL 50MG 10CAP GEN-VITAMEDIC A2 LT 49813 (5)03/21 (Fornecedor: 961, Lote: 49- 813, Qtde: 5, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/03/2021)	30039049	000	6108	CX	5	3,3000	16,50	16,50	1,98		12,00	

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800038540027480530000024073

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 102.501
DATA DE VENCIMENTO 25/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 25/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO 240,73
VALOR COBRADO 240,73
=====

NR.AUTENTICACAO 6.410.79E.2E0.BF5.C55

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

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME

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

livrariaestudebem@hotmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.004.473
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0901 6416 6500 0147 5500 1000 0044 7319 3236 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

0,00

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	ALÍQUOTA % 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	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	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	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	0,00
8870	FITA ADESILVA ADELBRAS 48X40MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	2,00	3,65	0,00	7,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
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	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	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	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

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-"NÃO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R\$ 0,00 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/09/2019
ASS. *[Assinatura]*

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 09/09/2019 16:20:39

FX Sistemas - (18) 3701-0814 / (18) 3701-6314 / (18) 3701-5484 / (18) 3701-4689 - www.fxistemas.com.br

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612581531763359000002034312280530000036000

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	102.502
NOSSO NUMERO	6125153176
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	25/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	25/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	360,00
VALOR COBRADO	360,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.B22.535.FEF.D73.F2E

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

RUA SAO PAULO, 31 - VILA BELMIRO -
SANTOS, SP, CEP:11075330,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 260543
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 0904 0278 9400 0164 5500 1000 2605 4310 0116 2936

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

135190661918182 10/09/2019 14:27:34

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

10/09/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

10/09/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

14:26

FATURA / DUPLICATA

001 25/10/2019 360,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

360,00

VALOR DO ICMS

43,20

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

360,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

360,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
O EMITENTE

ENDEREÇO
RUA SAO PAULO, 31

QUANTIDADE

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: 905-0726, Qtde: 100, Dt Val: 31/03/2021)	90183119	200	5102	CX	100	3,4500	345,00	345,00	41,40		12,00	
20562	SIMETICONA 15ML GTS GEN-EMS (Lote: 1C2-552, Qtde: 10, Dt Val: 30/06/2021)	30049099	500	5102	FR	10	1,5000	15,00	15,00	1,80		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 Aliq. 12% conf. art. 54inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 43,20, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 43,20
Pedido: 458237
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/09/2019
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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190612581533753359800002034312380530000033140

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	102.503
NOSSO NUMERO	6125153375
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	25/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	25/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	331,40
VALOR COBRADO	331,40

=====

NR.AUTENTICACAO 6.908.FCC.0F1.B08.11C

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



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1036909
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 0904 0278 9400 0326 5500 1001 0369 0910 0070 9558

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

152192498565546 10/09/2019 15:14:11

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

10/09/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

10/09/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

15:05

FATURA / DUPLICATA

001 25/10/2019 331,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

276,16

VALOR DO ICMS

33,13

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

331,40

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

331,40

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

2

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

13,00

PESO LÍQUIDO

13,00

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
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	12	7,6500	91,80	76,50	9,18		12,00	
24968	VANCOMICINA 500MG 50/10MLF/A GEN-TEUTO (Lote: 1935381, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/20-21)	30042071	020	6108	CX	1	198,0500	198,05	165,04	19,80		12,00	
26034	CLOR.TRAMADOL 100MG 60/2ML GEN-TEUTO A2 (Lote: 9069262, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/20-21)	30049039	520	6108	CX	1	41,5500	41,55	34,62	4,15		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 2 e 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF,ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 2 e 3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 5,51
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 40,77, Federal, R\$ 7,64, Estadual, R\$ 33,13
Pedido: 1104597
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 11/09/2019
ASS. *loms*

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

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0011

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190612665457243347900001526110280530000256875

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	102.504
NOSSO NUMERO	6126545724
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	25/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	25/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO 8.D18.BB1.FAF.DAC.6E2

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 LtdaRua Venda da Esperanca, 162
Socorro - 04763-040
Sao Paulo - SP Fone/Fax: 551122447751**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.219.992
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO

3519 0958 4266 2800 0133 5500 1000 2199 9210 0771 5372

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

135190705804537 - 25/09/2019 15:32:43

NÚMERO DA OPERAÇÃO

VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

112068380115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO / REMETENTE

Nº. RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

PERCEPÇÃO

V. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

Nº. CNPJ

NS

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

UF

FONE / FAX

SP

1435325198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO

25/09/2019

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

TIPO / DUPLICATA

Nº.	001	Num.	002
Emissão	25/10/2019	Venc.	24/11/2019
Valor	RS 2.568,75	Valor	RS 2.568,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

DESCRIÇÃO DO IMPOSTO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUT
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,137
VALOR DO FCP	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	1,648.63	0,00	5,137

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

Nº. RAZÃO SOCIAL

ELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA

(0) Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

14.990.752/0001-51**UA ALVARENGA PEIXOTO**

MUNICÍPIO

SÃO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

146964519117

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

6**CAIXA****14,580****12,7**

DETALHAMENTO 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. I
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): MA11990233411401B - Validade: 31/08/2022	90189099	040	5101	UN	250,0000	16,9600	4.240,00	0,00	0,00		0,00	
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): JUL1990031361700B - Validade: 31/08/2022	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,9500	897,50	0,00	0,00		0,00	

DOS ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contribuinte: div style="word-wrap: break-word" xmlns:func="http://exslt.org/functions"PEDIDO DE 23/09/2019, ORC 015507
QUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE
CULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99
ORROGADO ATE 30-09-2019 PELO INCISO XLVII CONV ICMS 49 DE ABRIL 2017 ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS
ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: ...
... - *** Pedido de Venda: 435327 *** Cotacao Numero: 3557 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1648.63
09%). Email do Destinatário: JPINOTTI@AHBB.ORG.BR
URGICANEVES@CIRURGICANEVES.COM.BR

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

Impresso em 25/09/2019 às 18:20:49

Por DANFEOnline danfeonline.com.br e NFePHP - nfeptf

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.49
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0258-5 - GUARACAI
CONTA: 11.286-0

FAVORECIDO: VERA LUCIA ALARCON GONCALVES
CPF/CNPJ: 02.045.036/0001-17
VALOR: R\$ 75,40
DEBITO EM: 25/10/2019

=====

DOCUMENTO: 102505
AUTENTICACAO SISBB: 2.4D1.156.30F.666.9D5

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

RECEBEMOS DE VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.448 SÉRIE: 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 0		 CHAVE DE ACESSO 3519 1002 0450 3600 0117 5500 0000 0004 4812 3638 8719 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME RUA PRESIDENTE VARGAS 788 CENTRO - CEP 16980000 GUARACAI - SP Fone/Fax: 1837051758		Nº 000.000.448 SÉRIE: 0 Página 1 de 1
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190739862360 07/10/2019 20:06:24
INSCRIÇÃO ESTADUAL 326062600110	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 02045036000117

DESTINATÁRIO/REMETENTE		DATA DA EMISSÃO 07/10/2019
NOME/RAZÃO SOCIAL 1299 - ASSOC. HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)		CNPJ/CPF 45349461000102
ENDEREÇO AV. JOSE ARIANO RODRIGUES 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400400
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP
		INSCRIÇÃO ESTADUAL
FATURA 001 30/10/2019 75,40		HORA DE SAÍDA 20:06:28

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 75,40
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 75,40
BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	
VALOR DO IPI 0,00		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL 9-Sem Ocorrência de Transporte	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7897042005222	LOCAO HIDRAT SKALA ROSAS (L) Val Aprox Tributos R\$ 11,18 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	5	5,80	0,00	29,00	0,00	0,00	0,00		
7897042008735	LOCAO HIDRAT SKALA LAVANDA (L) Val Aprox Tributos R\$ 4,47 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	2	5,80	0,00	11,60	0,00	0,00	0,00		
7897042013715	LOCAO HIDRAT SKALA COCO 500ML (L) Val Aprox Tributos R\$ 4,47 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	2	5,80	0,00	11,60	0,00	0,00	0,00		
7897042005833	LOCAO HIDRAT SKALA PROT LEITE (L) Val Aprox Tributos R\$ 6,71 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	3	5,80	0,00	17,40	0,00	0,00	0,00		
7897042007257	LOCAO HIDRAT SKALA PERA (L) Val Aprox Tributos R\$ 2,24 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	1	5,80	0,00	5,80	0,00	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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Número do Protocolo: 135190739862360 Trib aprox R\$: 29,07 Fed 0,00 Est 0,00 Mun Fonte: Tributos Totais Incidentes (Lei Fed 12.741/2012): R\$ 29,07 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL D E IPI. ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 08/10/2019 ASS. <u>10my</u>
---	--

25/10/1
211

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL
=====

00190000090224871700700018795179780580000025662

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 102.506

NOSSO NUMERO 22487170000018795

CONVENIO 02248717

DATA DE VENCIMENTO 30/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 25/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 256,62

VALOR COBRADO 256,62
=====

NR.AUTENTICACAO A.849.E66.492.1E5.3B9

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 000016901 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 000016901 Data Emissão 16/10/2019

Nº Fatura 000016901	Valor R\$ 256,62	Vencimento 30/10/2019
------------------------	---------------------	--------------------------

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 CINQUENTA E SEIS REAIS E SESENTA E DOIS CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/09/201 9 A 16/10/2019, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 1277 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 76,62	1	256,62		256,62
Valor total da nota R\$			0,00	256,62

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 00018.795179 7 80580000025662
--	--------------	--

Local de Pagamento					Vencimento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					30/10/2019
Beneficiário					Agência / Código 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-					0141-4/00100131-0
Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento	Nosso Número
16/10/2019	000016901/1	DM	N	16/10/2019	22487170000018795
Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento
	17	R\$			256,62

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.) NAO DISPENSAR JUROS DE MORA COBRAR JUROS DE R\$ 0,34 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 22487170000018795
--	--

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

25/10/19
211

28/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 13:57:52
679006790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 28/10/2019
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 245.526,37

***** TRANSFERIDO PARA:

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

NR. AUTENTICACAO D.044.C2E.3D7.BFF.930

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G333120949270275024
12/11/2019 09:55:28

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

Data 28/10/2019 Valor R\$ 3.155,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 55, 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.

(Três mil e cento e cinquenta e cinco 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 12/11/2019 09:55:28

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

BIANCA CAETANO COSTA

Número Carteira Profissional

47168

Série

00315

PERÍODOS

De Aquisição

17/01/2018 A 16/01/2019

De Gozo das Férias

04/11/2019 A 03/12/2019 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 2.548,41
Média Horas: 0,00
Média Valores: 0,00
Outras Vantagens: 199,60
TOTAL BASE CALCULO: 2.748,01

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 2.748,01 P
1/3 das Férias: 916,00 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: 403,04 D
Desconto do imposto de Renda: 105,91 D

TOTAL DOS PROVENTOS: 3.664,01 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 508,95 D
TOTAL LIQUIDO: 3.155,06 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\$ 3.155,06 (três mil cento e cinquenta e cinco reais e seis centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 04/10/2019

BIANCA CAETANO COSTA

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\$ 3.155,06 (três mil cento e cinquenta e cinco reais e seis centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 01/11/2019
MIRANDOPOLIS

BIANCA CAETANO COSTA

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G333120949270275024
12/11/2019 09:55:28

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

Data 28/10/2019 Valor R\$ 3.204,99 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 55, 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.

(Três mil e duzentos e quatro reais e noventa e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 12/11/2019 09:55:28

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA

Número Carteira Profissional

025949

Série

00370

PERÍODOS

De Aquisição

12/06/2018 A 11/06/2019

De Gozo das Férias

01/11/2019 A 30/11/2019 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 2.548,41
Média Horas: 77,68
Média Valores: 0,00
Outras Vantagens: 199,60
TOTAL BASE CALCULO: 2.825,69

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 2.825,69 P
1/3 das Férias: 941,90 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: 414,43 D
Desconto do imposto de Renda: 148,17 D

TOTAL DOS PROVENTOS: 3.767,59 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 562,60 D
TOTAL LIQUIDO: 3.204,99 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\$ 3.204,99 (três mil e duzentos e quatro reais e noventa e nove centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 02/10/2019

JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA

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\$ 3.204,99 (três mil e duzentos e quatro reais e noventa e nove centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 30/10/2019
MIRANDOPOLIS

JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G333120949270275024
12/11/2019 09:55:28

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

Data 28/10/2019 Valor R\$ 1.801,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 55, 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 oitocentos e um 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 12/11/2019 09:55:28

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado

MARCIA MAIARA POSSENTI

Número Carteira Profissional

066232

Série

00315

PERÍODOS

De Aquisição

04/10/2018 A 03/10/2019

De Gozo das Férias

01/11/2019 A 30/11/2019 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 1.242,33
Média Horas: 19,58
Média Valores: 23,33
Outras Vantagens: 199,60
TOTAL BASE CALCULO: 1.484,84

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 1.484,84 P
1/3 das Férias: 494,95 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: 178,18 D
Desconto do imposto de Renda: 0,00

TOTAL DOS PROVENTOS: 1.979,79 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 178,18 D
TOTAL LIQUIDO: 1.801,61 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\$ 1.801,61 (um mil e oitocentos e um reais e sessenta e um centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 02/10/2019

MARCIA MAIARA POSSENTI

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\$ 1.801,61 (um mil e oitocentos e um reais e sessenta 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: 30/10/2019
MIRANDOPOLIS

MARCIA MAIARA POSSENTI

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

28/10/2019
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/11/2019 - AUTOATENDIMENTO - 14.37.49
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R\$ 100.794,90
DEBITO EM: 28/10/2019

=====

DOCUMENTO: 102801
AUTENTICACAO SISBB: F.F3F.A4D.495.1A3.FB5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
222

Data e Hora da Emissão	25/10/2019 08:09:51	Competência	25/10/2019	Código de Verificação	328592196
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	LINS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	(16)3419-8647	e-mail	fiscal@mccassessoria.com.br

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400				
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP

Plantonistas Coordenação/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	2-Tributação fora do município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00	
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00	
(-) Retenções Federais	6.605,10	0-Nenhum	Base de Cálculo	107.400,00	
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00	
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$	100.794,90	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R\$	2.148,00	
		2-Não			

Avisos

- 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
- 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://SaoCarlos.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

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

28/10/19
211

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090302328800800000853176280580000045250

BENEFICIARIO:

BANZAY T INFORMATICA LTDA ME

NOME FANTASIA:

BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATI

CNPJ: 04.632.670/0001-81

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	102.802
NOSSO NUMERO	30232880000000853
CONVENIO	03023288
DATA DE VENCIMENTO	30/10/2019
DATA DO PAGAMENTO	28/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO	452,50
VALOR COBRADO	452,50

=====

NR.AUTENTICACAO	9.D27.778.7D5.76E.B6A
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATICA LTDA ME os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário:
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil - Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Jardim Ariano - Lins/SP

Data de Recebimento Identificação e Assinatura do Recebedor

Data de Emissão 30/09/2019

Valor Total da Nota

NFe N° 0000005830
Série 001



BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATICA LTDA ME - BANZAY
Rua NÁOES UNIDAS, 325 - - CENTRO
16800-000 - Mirandópolis - SP - Fone/Fax: 18 3701 3033

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0
N 0000005830
Série 001
Folha 1/1

1

Controle do Fisco



Chave de Acesso

3519 0904 6326 7000 0181 5500 1000 0058 3010 2529 9864

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Protocolo de Autorização

135190717621115 - 30/09/2019 - 11:35:59

CNPJ/CPF

04.632.670/0001-81

Natureza de Operação
VENDE DE MERCADORIA COM SUBST. TRIBUTARI

Inscrição Estadual
449067176112

Inscrição Estadual Sub. Tributária

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

Data de Emissão

30/09/2019

Endereço

Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 -

Bairro/Distrito

Jardim Ariano

CEP

16400-400

Município

Lins

Fone

UF

SP

Inscrição Estadual

Data Saída/ Entrada

30/09/2019

Hora Saída/Entrada

11:34:00

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
001	30/10/2019	367,50												

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	0,00	Valor do ICMS	0,00	Base Cálculo do ICMS Subs.	0,00	Valor do ICMS Subs.	0,00	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	100,77	Valor Total dos Produtos	367,50
Valor do Frete	0,00	Valor do Seguro	0,00	Desconto	0,00	Out. Desp. Acessor.	0,00	Valor do IPI	0,00	Valor Deson.	0,00
										Valor Total da Nota	367,50

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transporte				
Endereço	Município		UF	Inscrição Estadual	
Quantidade	Especie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vir. Unitário	Vir. Desconto	Vir. Total	BC Icms	Vir. Icms	Vir. IPI	ALIQ. % ICMS IPI	Vir Aprox. dos Trib.
1 2554	TECLADO USB C3TECH KB-13BK PRETO 6	84716052	0500	5405	UN	1,0000	34,9000	0,00	34,90	0,00	0,00	0,00	0,00	8,66
2 2504	MOUSE VINIK USB DYNAMIC COLOR 1200DPI 1.8 CINZA DM	84716053	0500	5405	PC	1,0000	24,9000	0,00	24,90	0,00	0,00	0,00	0,00	6,18
3 2483	HD SSD 120GB KINGSTON SA400 SATA III 2.5 SA400S37	85235190	0500	5405	PC	1,0000	219,9000	0,00	219,90	0,00	0,00	0,00	0,00	64,30
4 874	ESTABILIZADOR RAGTECH SIDEWAY MONO 300VA	90328911	0500	5405	UN	1,0000	79,9000	0,00	79,90	0,00	0,00	0,00	0,00	20,13
5 2535	CABO REDE EXBOM 2M	85444200	0500	5405	UN	1,0000	7,9000	0,00	7,90	0,00	0,00	0,00	0,00	1,50

Dados Adicionais

Informações Complementares

I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL
II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI

Informações Adicionais do Fisco

Trib Aprox. R\$ 56,67 Fed - R\$ 44,11 Est - R\$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome 5A16F8

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



MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS
MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e



Número da NFS-e
924
Código de Verificação de Autenticidade
OX2MI7Y90
Data e Hora de Emissão da NFS-e
30/09/2019 às 11:37:14
Chave de Acesso
28527781CF0VEASGB05BI2IJ9OX6UP9P

Para certificação da autenticidade acesse
<http://138.0.140.18:5660/issweb>, menu
consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS Exigível	Número do Processo	Município de Incidência do ISS MIRANDOPOLIS-SP	Local da Prestação MIRANDOPOLIS - SP
Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS
Optante Simples Nacional 1 - Sim	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)	Competência 30/09/2019 Tipo ISS 03 - Sobre Faturamento

PRESTADOR DE SERVIÇOS

 Banzay TELECOMUNICAÇÕES E INFORMÁTICA	CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
	04.632.670/0001-81	449067176112	54000478	000120980	BANZAY TELECOMUNICAÇÕES LTDA ME
	Logradouro	Complemento			
	DAS NACOES UNIDAS, 325	Bairro			
CEP	Cidade	Telefone			CENTRO
16800-000	MIRANDÓPOLIS-SP				E-mail

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02	ISENTO		Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
Logradouro	Complemento		
Av Jose Ariano Rodrigues, 303	Bairro		
CEP/Cod.Postal	Cidade/Pais	Telefone	
16400-400	LINS - SP	E-mail	

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	85,00	R\$ 85,00

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: 01.07	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Suporte técnico em informática, inclusive instalação, configuração e manutenção de programas	2,17%	0000010000007			
Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido
R\$ 85,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 85,00	R\$ 1,84	2 - Não
				Desconto Condicionado	
				R\$ 0,00	

Retenções de Impostos

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

Valor Líquido da NFS-e: R\$ 85,00

Val. Aprox. Tributos: Federal (3,61%) R\$3,07 Estadual (6,08%) R\$5,17 Municipal (2,79%) R\$2,37

Informações Complementares

I - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional

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

RECEBI(EMOS) DE BANZAY TELECOMUNICAÇÕES LTDA ME O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO 924 E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO OX2MI7Y90.

Data

CPF/RG

Assinatura

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.
=====

23790014039000000928372011554101480590000016040

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 102.803

DATA DE VENCIMENTO 31/10/2019

DATA DO PAGAMENTO 28/10/2019

VALOR DO DOCUMENTO 160,40

VALOR COBRADO 160,40
=====

NR.AUTENTICACAO 0.3DD.482.941.861.EBF

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

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP: 16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 000137633 FL. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO

3519 1003 7487 6900 0180 5500 1000 1376 3319 5404 5651

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

135190725248067 02/10/2019 10:00:42

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

214073629113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/10/2019

ENDEREÇO

RUA SETE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16210-000

DATA SAÍDA / ENTRADA

02/10/2019

MUNICÍPIO

BILAC

FONE / FAX

(18)3659-1411

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

09:58:37

FATURA

PAGAMENTO

NÚMERO

VALOR ORIGINAL

VALOR DESCONTO

VALOR LÍQUIDO

DADOS DA FATURA

137633

160,40

0,00

160,40

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	31/10/2019	160,40									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
60,05	10,81	0,00	0,00	48,90	160,40
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	160,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
JOSE BRAZ GOMES DE ALMEIDA	0 - REMETENTE		DZX8053	SP	217.690.098-76
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
RUA : EDUARDO IBANHEZ	BIRIGUI	SP			
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

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	IPI
0000000003575	ALCOOL GEL BAC. 5 LTRS	22072019	060	5405	gl	2,000	44,82	0,00	89,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000002549	BOBINA PLAST. PICOTADA 50X70	39201010	000	5102	kg	4,800	12,51	0,00	60,05	60,05	10,81	0,00	18,00	0,00
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,000	10,71	0,00	10,71	0,00	0,00	0,00	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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS: Valor Aproximado dos Tributos R\$: 20,02 Federal, 28,85 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (5A16F8).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/10/2019
ASS. *[Assinatura]*

04/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:37:49
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10495569605600010004200000286377180590000015800

BENEFICIARIO:

MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS

NOME FANTASIA:

MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS

CNPJ: 08.145.250/0001-21

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 103.101
DATA DE VENCIMENTO 31/10/2019
DATA DO PAGAMENTO 31/10/2019
VALOR DO DOCUMENTO 158,00
VALOR COBRADO 158,00

NR.AUTENTICACAO 4.0C1.907.58B.495.E36

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 21/10/2019 VALOR TOTAL: R\$ 158,00 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 CENTRO MIRANDOPOLIS-SP

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº. 000.007.442
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA
AVENIDA PARA, 1125
SAO GERALDO - 90240-592
PORTO ALEGRE - RS Fone/Fax: 30265636

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº. 000.007.442
Série 001
Folha 1



CHAVE DE ACESSO

4319 1008 1452 5000 0121 5500 1000 0074 4210 0117 9796

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

143190195364131 - 21/10/2019 15:07:13

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

00963135449

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

08.145.250/0001-21

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

21/10/2019

CONSUM. FINAL

SIM

ENDEREÇO

AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16800-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO

MIRANDOPOLIS

UF

SP

FONE / FAX

1435325198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA / DUPLICATA

Num. 001
Venc. 31/10/2019
Valor R\$ 158,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
114,00	13,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,74	114,00
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
44,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,84	3,42	158,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS

FRETE POR CONTA
(1) Dest/Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ / CPF

34.028.316/0026-61

ENDEREÇO

AVENIDA PRESIDENTE FRANKLIN ROSELVELT, 1311

MUNICÍPIO

PORTO ALEGRE

UF

RS

QUANTIDADE

ESPECIE

CAIXAS

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

0,390

0,390

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	Val Imp. Aprox.	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
39314	PAPEL PARA ECG MAC 800 110X140X350FLS LOTE: 760/18	48234000	000	6102	UN.	3.0000	38,0000	114,00	114,00	13,68			12,00	

AMBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/10/2019
ASS. [assinatura]

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. fisco: LOCAL DE ENTREGA: AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 MIRANDOPOLIS UTI MIRANDOPOLIS
CONVENIO 0107/2017

RESERVADO AO FISCO

Impresso em 21/10/2019 as 18:07:03

DANFE NF-e Versão: 5018.000.001 por Fluidez - Setembro 2017
Convenio n. 0107/2017

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

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

31/10/2019 - BANCO DO BRASIL - 14:54:08
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	31/10/2019
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	285.854,52

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

NR. AUTENTICACAO	E.F65.D5F.BC3.507.BC5
------------------	-----------------------

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 20/08/2019 a 21/09/2019

página 27 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: LUIS FERANDO BETONI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

20/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 33 afastamentos		00:00	00:00	00:00	00:00

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
 7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga
 15/5 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


 LUIS FERANDO BETONI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 30 de 46
 Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: MARCIA MAIARA POSSENTI
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX.
 ADMINISTRATIVO

20/08 ter	07:03	12:44	13:28	16:54	09:07	00:00	00:00	09:07
21/08 qua	07:36	11:23	12:59	16:53	07:41	00:00	00:00	07:41
22/08 qui	07:47	11:03	11:46	16:40	08:10	00:00	00:00	08:10
23/08 sex	07:47	10:40	11:28	16:48	08:13	00:00	00:00	08:13
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	07:44	11:25	12:37	17:25	08:29	00:00	00:00	08:29
27/08 ter	07:50	11:32	12:40	17:03	08:05	00:00	00:00	08:05
28/08 qua	07:44	13:02	13:29	16:38	16:54	08:27	00:00	08:27
29/08 qui	12:11	17:29			05:18	00:00	00:00	05:18
30/08 sex	07:43	12:44	13:15	16:42	08:28	00:00	00:00	08:28
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	07:42	11:28	12:43	17:38	08:41	00:00	00:00	08:41
03/09 ter	07:48	12:44	13:18	16:53	08:31	00:00	00:00	08:31
04/09 qua	07:44	11:10	12:34	17:04	07:56	00:00	00:00	07:56
05/09 qui	07:40	12:57	13:32	16:05	07:50	00:00	00:00	07:50
06/09 sex	07:46	10:31	11:10	16:08	17:30	07:43	00:00	07:43
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	08:04	11:31	12:28	16:50	07:49	00:00	00:00	07:49
10/09 ter	07:49	12:30	13:11	17:14	08:44	00:00	00:00	08:44
11/09 qua	07:44	11:03	12:03	16:53	08:09	00:00	00:00	08:09
12/09 qui	08:01	11:32	12:32	17:29	08:28	00:00	00:00	08:28
13/09 sex	07:45	11:55	12:41	16:20	07:49	00:00	00:00	07:49
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	07:33	11:32	12:45	17:14	08:28	00:00	00:00	08:28
17/09 ter	07:24	10:49	11:42	17:29	09:12	00:00	00:00	09:12
18/09 qua	07:45	11:41	12:51	17:00	08:05	00:00	00:00	08:05
19/09 qui	07:57	11:45	12:52	15:17	06:13	00:00	00:00	06:13
20/09 sex	07:31	11:44	12:43	16:27	07:57	00:00	00:00	07:57
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 24 dias, 9 folgas/feriados					193:33	00:00	00:00	193:33

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
 5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
 10/99 [Atraso+Extra A]
 Falta [Só Atraso] (feriado)


 MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 24 de 46
 Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário LAIS MARANI SILVA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função FARMACÊUTICO(A)

20/08 ter	07:26	11:49	12:55	17:00	08:28	00:00	00:00	08:28
21/08 qua	07:30	12:38	13:50	16:38	07:56	00:00	00:00	07:56
22/08 qui	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	07:29	15:41	16:43	17:18	08:47	00:00	00:00	08:47
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	07:34	12:14	13:40	17:30	08:30	00:00	00:00	08:30
27/08 ter	07:28	11:47	12:02	12:17	04:34	00:00	00:00	04:34
28/08 qua	07:29	12:38	13:58	17:07	08:18	00:00	00:00	08:18
29/08 qui	07:26	14:28	15:34	18:34	09:30	00:00	00:00	09:30
30/08 sex	07:30	13:49	15:17	17:20 17:30	08:22	00:00	00:00	08:22
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	07:30	14:21	15:30	17:13	08:34	00:00	00:00	08:34
03/09 ter	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	07:09	13:40	14:51	17:26	09:06	00:00	00:00	09:06
05/09 qui	07:15	13:30	14:45	17:40	09:10	00:00	00:00	09:10
06/09 sex	07:20	13:38	14:40	16:52	08:30	00:00	00:00	08:30
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	07:21	12:41	13:52	18:01	09:30	00:00	00:00	09:30
10/09 ter	07:20	12:33	13:33	16:08	07:48	00:00	00:00	07:48
11/09 qua	07:53	14:07	15:10	16:30	07:34	00:00	00:00	07:34
12/09 qui	07:16	12:37	13:43	17:02	08:40	00:00	00:00	08:40
13/09 sex	07:26	13:30	13:47	14:37	06:54	00:00	00:00	06:54
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	07:46	12:29	13:30	16:41	07:54	00:00	00:00	07:54
17/09 ter	07:30	12:32	13:42	17:00	08:20	00:00	00:00	08:20
18/09 qua	07:14	13:02	14:07	17:12	08:53	00:00	00:00	08:53
19/09 qui	07:10	13:44	14:47	16:11	07:58	00:00	00:00	07:58
20/09 sex	07:13	13:50	14:52	17:39	09:30	00:00	00:00	09:30
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 22 dias, 2 faltas, 9 folgas/feriados					182:46	00:00	00:00	182:46

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 8H A 17:30H - Início: Segunda
 5 dias x 08:00-17:30 SR = 09:30 Folga 2 dias
 10/99 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado)

LAIS
 LAIS MARANI SILVA
 30/9/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 1
Impresso em 25/09/2019

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento: UTMIRANDÓPOLIS

Função: TEO DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga								
21/08 qua	06:48	10:43			00:00	00:00	00:00	00:00	
22/08 qui	Folga				03:55	00:00	00:00	03:55	
23/08 sex	07:04	11:41	12:44	19:07	00:00	00:00	00:00	00:00	
24/08 sab	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
25/08 dom	07:03	14:35	15:43	19:11	00:00	00:00	00:00	00:00	
26/08 seg	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
27/08 ter	07:01	11:22	12:26	19:01	00:00	00:00	00:00	00:00	
28/08 qua	Folga				10:56	00:00	00:00	10:56	
29/08 qui	06:47	12:02	13:11	19:14	00:00	00:00	00:00	00:00	
30/08 sex	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
31/08 sab	06:58	12:22	13:38	19:01	00:00	00:00	00:00	00:00	
01/09 dom	Folga				10:47	00:00	00:00	10:47	
02/09 seg	06:46	12:27	13:42	19:12	00:00	00:00	00:00	00:00	
03/09 ter	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
04/09 qua	06:46	12:20	13:22	19:23	00:00	00:00	00:00	00:00	
05/09 qui	Folga				11:35	00:00	00:00	11:35	
06/09 sex	06:59	11:42	12:55	19:15 19:32	00:00	00:00	00:00	00:00	
07/09 sab	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	
10/09 ter	07:03	12:07	12:58	19:31	00:00	00:00	00:00	00:00	
11/09 qua	Folga				11:00	00:00	00:00	11:31	
12/09 qui	06:50	12:00	13:03	19:08	00:00	00:00	00:00	00:00	
13/09 sex	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	
15/09 dom	06:52	12:16	13:33	19:04	00:00	00:00	00:00	00:00	
16/09 seg	07:01	12:11	13:10	19:13	10:55	00:00	00:00	10:55	
17/09 ter	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
18/09 qua	07:04	12:11	13:05	19:13	00:00	00:00	00:00	00:00	
19/09 qui	Folga				11:00	00:00	00:00	11:00	
20/09 sex	07:04	12:20	13:18	19:00	00:00	00:00	00:00	00:00	
21/09 sab	Folga				10:58	00:00	00:00	10:58	
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					158:06	00:00	00:00	158:37	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Cristiane Pascoaleto Vendrame
CRISTIANE PASCOALETO
VENDRAME
30/9/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 4 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função REC DE
ENFERMAGEM

20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	06:52 13:19 14:17 19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	06:59 13:15 14:20 19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	06:48 13:18 14:17 19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
08/09 dom	06:53 13:26 14:25 19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
09/09 seg	06:51 13:11 14:08 19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	06:53 13:07 13:58 19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	06:46 13:00 13:53 19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	06:52 13:39 14:47 19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
16/09 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	06:53 13:11 14:01 19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
18/09 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	06:53 13:11 14:12 19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 12 folgas/feriados, 11 afastamentos		110:00	00:00	00:00	110:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


ANA AUGUSTA FELICIANI
CAMPOS
01/10/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 40 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: RICARDO DE CARVALHO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	18:55	20:30	21:21	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00	
26/08 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	18:48	20:06	21:06	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00	
28/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	18:47	20:08	21:00	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00	
30/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	18:47	20:08	21:04	07:11	11:00	08:00	00:00	11:00	
01/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	18:49	20:00	21:07	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00	
03/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	18:44	20:18	21:14	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00	
05/09 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	18:52	20:37	21:26	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00	
07/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	18:50	20:15	21:08	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00	
09/09 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	18:53	20:05	21:05	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00	
11/09 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	18:54	20:55	21:49	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00	
13/09 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	18:56	20:12	21:07	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00	
15/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	18:54	20:06	21:09	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00	
17/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	18:53	20:05	21:11	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00	
19/09 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	18:52	20:28	21:23	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00	
21/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados						154:00	112:00	00:00	154:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Ricardo de Carvalho
RICARDO DE CARVALHO
30/09/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 32 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador:	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário:	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE
Departamento:	UTI MIRANDÓPOLIS
Função:	FISIOTERAPEUTA

20/08 ter	11:47	19:36	20:21	23:52	05:45	02:08	00:00	11:20
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	05:56	12:22	13:16	17:58	05:45	00:00	00:00	11:08
23/08 sex	11:50	17:00	17:12	18:03	05:45	00:00	00:00	06:01
24/08 sab	05:55	12:45	13:42	18:02	05:45	08:00	00:00	35:10
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	11:50	16:00	16:15	17:54	05:45	00:00	00:00	05:45
27/08 ter	11:35	20:00	20:56	00:02	05:45	02:19	00:00	11:31
28/08 qua	11:52	16:29	16:40	18:01	05:45	00:00	00:00	05:45
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	11:59	20:06	21:06	23:55	05:45	02:11	00:00	10:56
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	05:53	10:47	11:01	12:18	05:45	00:00	00:00	06:11
02/09 seg	11:47	17:18	17:29	18:17	05:45	00:00	00:00	06:19
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	11:44	20:01	20:52	00:01	05:45	02:18	00:00	11:26
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	11:55	19:58	20:56	23:55	05:45	02:11	00:00	11:02
07/09 sab	12:00	16:36	16:51	18:19	05:45	00:00	00:00	06:04
08/09 dom	05:53	13:27	14:26	18:17	05:45	00:00	00:00	11:25
09/09 seg	Jornada				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	17:49	20:01	20:15	23:53	05:45	02:09	00:00	05:45
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	11:48	16:58	17:07	18:16	05:45	00:00	00:00	06:19
13/09 sex	05:51	10:49	11:01	12:20	05:45	00:00	00:00	06:17
14/09 sab	11:55	16:54	17:09	18:09	05:45	00:00	00:00	05:45
15/09 dom	05:57	10:53	11:15	12:09	05:45	00:00	00:00	05:45
16/09 seg	11:51	16:57	17:11	18:11	05:45	00:00	00:00	06:06
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	17:50	20:08	20:16	23:53	05:45	02:09	00:00	05:45
19/09 qui	11:44	16:55	17:08	18:08	05:45	00:00	00:00	06:11
20/09 sex	05:55	13:42	14:40	18:29	05:45	00:00	00:00	11:36
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 24 dias, 9 folgas/feriados					132:15	23:25	00:00	209:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 13:00 às 19:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
7 dias x 13:00-15:00 R 15:15-19:00 = 05:45 Sem Folga
15/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


NAIRA LARISSA GUIMARAES
FELIPE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 34 de 46
 Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	ENFERMEIRO (A)

20/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	18:47	20:20	21:20	07:05		00:13	08:00	00:00	10:31
25/08 dom	19:04	20:01	20:58	07:00		00:00	08:00	00:00	09:59
26/08 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	06:59	12:48	13:48	18:09		10:10	00:00	00:00	10:10
29/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	07:03	13:45	14:45	19:00	19:22	10:57	00:00	00:00	10:57
31/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	23:17	07:16				00:00	06:32	00:00	06:59
02/09 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	06:57	12:42	13:41	21:11		11:00	00:00	00:00	13:11
05/09 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	19:02	20:39	21:39	07:11		00:00	08:00	00:00	10:09
07/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	06:56	11:53	13:13	19:08		10:52	00:00	00:00	10:52
09/09 seg	18:54	20:29	21:24	07:07		00:06	08:00	00:00	10:24
10/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	07:03	13:25	14:33	19:11		11:00	00:00	00:00	11:00
13/09 sex	07:02	11:50	12:53	19:05		11:00	00:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	19:10	20:31	21:33	07:21		00:00	08:00	00:00	10:09
16/09 seg	19:04	20:12	21:15	07:01		00:00	08:00	00:00	09:54
17/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	07:01	12:12	13:13	19:09		11:00	00:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados						76:18	54:32	00:00	146:15

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER
 NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 31 de 46
 Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	MARIA JOSE CARDOSO
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	18:46	20:09	20:58	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	18:49	20:02	20:59	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	18:49	20:25	21:48	07:00	10:48	08:00	00:00	10:48
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	18:51	19:51	20:56	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	18:52	20:10	21:10	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - DEMITIDA				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 27 folgas/feriados, 1 afastamento					54:48	40:00	00:00	54:48

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

MARIA JOSE CARDOSO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 38 de 46
 Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	AUX DE FARMÁCIA

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	18:46	20:23	21:28	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	18:04	20:22	21:24	06:00	09:58	08:00	00:00	10:54
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	18:52	20:29	21:22	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	17:54	20:26	21:29	06:01	09:58	08:00	00:00	11:04
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	18:50	20:08	21:02	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	17:58	20:24	21:14	06:00	10:10	08:00	00:00	11:12
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	18:51	20:35	21:33	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	18:51	20:25	21:21	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	19:00	20:27	21:21	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	18:53	20:28	21:26	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	17:56	21:00	21:50	06:00	10:10	08:00	00:00	11:14
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	18:53	20:19	21:14	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
15/09 dom	18:00	20:34	21:32	06:00	10:02	08:00	00:00	11:02
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	18:50	20:47	21:41	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	18:52	20:32	21:22	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					160:18	120:00	00:00	165:26

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


 REGINA LEIA PARRO
 RODRIGUES DE
 29.9.19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 11 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	18:46	20:00	20:56	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	18:49	20:02	21:00	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	18:54	20:06	21:00	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	18:52	19:51	20:48	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	19:45	20:09	20:58	07:03	10:29	08:00	00:00	10:29
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	18:48	20:00	20:57	06:00	10:15	08:00	00:00	10:15
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	18:54	19:56	21:05	07:02	10:59	08:00	00:00	10:59
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	18:51	20:33	21:33	07:13	11:00	08:00	00:00	11:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	18:52	20:12	21:08	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	18:59	20:07	21:04	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	18:52	19:58	20:59	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	18:53	20:12	21:06	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	18:48	19:50	20:50	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	18:52	20:57	21:46	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					152:43	112:00	00:00	152:43

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Daniela Oliveira
DANIELA DOS SANTOS DE
OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 1 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALCIONE BOGAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	17:57	19:51	20:56	06:00	09:55	08:00	00:00	10:58
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	18:48	19:56	20:42	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	18:54	20:08	20:55	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	17:51	20:08	20:48	06:00	10:20	08:00	00:00	11:29
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	18:47	20:08	20:59	07:14	11:36	08:00	00:00	11:36
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	18:54	20:26	21:16	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	18:44	20:00	20:58	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	18:53	20:13	21:03	07:13	11:00	08:00	00:00	11:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	18:52	20:08	21:00	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	18:52	20:02	20:54	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	18:56	20:22	21:21	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	18:54	19:52	20:51	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	18:53	20:00	21:06	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	18:51	20:28	21:22	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					152:51	112:00	00:00	155:03

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALCIONE BOGAZ

28/9/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 20 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento	UTI MIRANDOPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	18:58	20:00	20:56	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	19:03	20:01	21:00	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	18:49	19:51	20:41	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	18:52	20:09	20:58	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	18:51	20:05	20:57	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	19:05	19:56	21:02	07:02	10:51	08:00	00:00	10:51
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	18:52	20:00	21:00	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	18:54	20:04	21:02	07:12	11:00	08:00	00:00	11:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	18:53	20:02	21:04	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	18:59	19:58	20:59	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	19:05	19:59	20:53	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	18:48	19:56	21:01	06:53	11:00	08:00	00:00	11:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	19:00	20:14	21:12	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 20 folgas/feriados					142:51	104:00	00:00	142:51

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Jose Lopes de Oliveira
JOSE LOPES DE OLIVEIRA
28/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 37 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	ENFERMEIRO (A)

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	07:07	13:11	14:08	19:27	11:00	00:00	00:00	11:00
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	07:06	15:48	17:11	19:17	10:48	00:00	00:00	10:48
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	07:00	15:21	16:16	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	06:57	13:08	14:07	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	07:00	15:55	16:55	18:15	10:15	00:00	00:00	10:15
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	07:10	15:02	16:02	19:27	11:00	00:00	00:00	11:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	07:03	14:16	15:09	19:15	11:00	00:00	00:00	11:00
03/09 ter	18:52	20:25	21:37	07:09	00:08	08:00	00:00	10:13
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	06:52	16:12	17:07	19:48	11:00	00:00	00:00	11:48
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	07:01	13:37	14:37	19:47	10:59	00:00	00:00	11:46
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	07:03	10:06	11:33	19:18	10:48	00:00	00:00	10:48
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	07:10	15:05	16:03	19:24	11:00	00:00	00:00	11:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	07:05	16:11	17:08	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	07:08	13:41	14:19	19:48	11:00	00:00	00:00	11:48
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					141:58	08:00	00:00	154:26

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


PRISCILA SANTOS LEITE DE
28/09/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 25 de 46
 Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	06:57	11:33	12:43	19:02	10:55	00:00	00:00	10:55
21/08 qua	07:04	11:55	13:48	19:00	10:03	00:00	00:00	10:03
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	07:00	12:51	14:06	19:07	10:52	00:00	00:00	10:52
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	07:32	11:01	12:19	19:05	10:15	00:00	00:00	10:15
27/08 ter	07:02	13:07	14:01	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	07:05	13:08	14:37	19:07	10:33	00:00	00:00	10:33
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	06:58	13:40	14:42	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
01/09 dom	07:22	14:15	15:09	19:01	10:45	00:00	00:00	10:45
02/09 seg	07:00	14:04	14:56	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	07:04	13:34	14:40	19:23	11:00	00:00	00:00	11:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	07:09	13:09	14:29	19:31	10:31	00:00	00:00	11:02
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	07:11	12:20	13:35	19:06	10:40	00:00	00:00	10:40
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	07:14	13:01	14:06	19:08	10:49	00:00	00:00	10:49
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	07:05	12:04	13:03	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	07:10	13:52	15:01	19:15	10:56	00:00	00:00	10:56
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					161:19	00:00	00:00	161:50

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Leticia Ferraz
 LETICIA MAIARA DOS SANTOS
 25/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

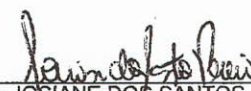
página 21 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA
Departamento: UTM MIRANDÓPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	17:47	20:01	20:13	00:04	05:45	02:21	00:00	06:05
22/08 qui	17:47	20:10	20:32	23:56	05:45	02:12	00:00	05:45
23/08 sex	17:52	20:05	20:23	23:58	05:45	02:14	00:00	05:45
24/08 sab	11:55	12:23	13:21	23:56	05:45	02:12	00:00	11:03
25/08 dom	17:44	20:06	20:23	23:58	05:45	02:14	00:00	05:57
26/08 seg	17:40	20:04	20:21	23:58	05:45	02:14	00:00	06:01
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	17:44	20:11	20:30	23:58	05:45	02:14	00:00	05:55
29/08 qui	11:50	20:14	21:04	23:56	05:45	02:12	00:00	11:16
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	11:34	12:52	13:51	23:50	05:45	02:05	00:00	11:17
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	11:35	17:05	17:31	17:54	05:45	00:00	00:00	05:53
11/09 qua	11:48	16:22	16:43	18:12	05:45	00:00	00:00	06:03
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	18:10	20:01	20:19	23:56	05:28	02:12	00:00	05:28
14/09 sab	17:53	20:15	20:32	23:55	05:45	02:11	00:00	05:45
15/09 dom	11:50	11:56	20:27	21:19 23:54	00:58	00:00	00:00	00:58
16/09 seg	Jornada				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	11:41	16:58	17:11	18:13	05:45	00:00	00:00	06:19
18/09 qua	11:32	16:15	16:35	18:02	05:45	00:00	00:00	06:10
19/09 qui	11:39				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Jornada				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	11:30	15:17	15:29	18:13	05:45	00:00	00:00	06:31
TOTAL: 20 dias, 13 folgas/feriados					92:41	24:21	00:00	112:11

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
23/09/19.

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 33 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	06:01	14:12	15:15	16:41	08:38	00:00	00:00	09:37
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	06:07	14:12	15:14	17:37	09:35	00:00	00:00	10:28
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	07:13	13:25	14:27	19:10	10:55	00:00	00:00	10:55
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	06:09	13:19	14:21	17:32	09:30	00:00	00:00	10:21
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	06:04	13:31	14:30	19:07	11:00	00:00	00:00	11:56
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	06:55	13:29	14:33	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	06:05	14:26	15:29	19:09	11:00	00:00	00:00	11:55
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	06:05	13:35	14:41	17:32	09:26	00:00	00:00	10:21
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	06:10	13:34	14:40	19:30	11:00	00:00	00:00	11:50
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	06:02	13:27	14:37	17:37	09:27	00:00	00:00	10:25
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	06:16	13:38	14:36	17:33	09:35	00:00	00:00	10:19
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	06:59	13:25	14:32	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	06:05	13:38	14:40	17:33	09:31	00:00	00:00	10:26
17/09 ter	06:55	13:17			06:22	00:00	00:00	06:22
18/09 qua	06:14	13:18	14:19	17:30	09:29	00:00	00:00	10:15
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	06:23	14:15	15:13	17:44	09:46	00:00	00:00	10:23
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 17 folgas/feriados					157:14	00:00	00:00	167:33

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Natalia Pazinato
NATALIA PAZINATO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

28/09/19

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 20/08/2019 a 21/09/2019

página 15 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	EDILENE MANOEL
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	06:57	11:57	12:55	19:00		11:00	00:00	00:00	11:00
22/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	06:53	15:04	16:07	19:11		11:00	00:00	00:00	11:00
26/08 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	06:50	13:21	14:20	19:14		11:00	00:00	00:00	11:00
30/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	06:52	11:28	12:35	19:10		11:00	00:00	00:00	11:00
01/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	06:56	13:40	14:40	19:12		11:00	00:00	00:00	11:00
03/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	06:54	11:42	12:55	19:10	19:32	11:00	00:00	00:00	11:00
07/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	06:53	12:24	13:25	19:12		11:00	00:00	00:00	11:00
09/09 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	06:59	12:10	13:11	19:33		11:00	00:00	00:00	11:33
11/09 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	06:55	12:18	13:18	19:08		11:00	00:00	00:00	11:00
13/09 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	06:56	13:06	14:13	19:14		11:00	00:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	06:56	12:10	13:10	19:13		11:00	00:00	00:00	11:00
17/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	07:00	13:21	14:23	19:13		11:00	00:00	00:00	11:00
19/09 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	06:59	12:22	13:18	19:17		11:00	00:00	00:00	11:00
21/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 20 folgas/feriados						143:00	00:00	00:00	143:33

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Edilene Manoel
EDILENE MANOEL
28/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 18 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
FARMÁCIA

20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	06:42 12:19 13:21 19:23	11:39	00:00	00:00	11:39
05/09 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	06:43 12:20 13:24 19:10 19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
07/09 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	06:50 12:10 13:06 19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
09/09 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	06:51 13:46 14:51 19:21	11:00	00:00	00:00	11:00
11/09 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	06:48 12:20 13:31 19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
15/09 dom	06:47 12:13 13:14 19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
16/09 seg	06:52 13:27 14:36 19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
17/09 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 7 dias, 11 folgas/feriados, 15 afastamentos		77:39	00:00	00:00	77:39

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Isadora M. de Castro
ISADORA MORAIS DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO
28/9/19 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 2 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	ENFERMEIRO (A)

20/08 ter	18:56	19:22	20:17	07:12	11:00	08:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	18:53	19:27	20:24	07:15	11:00	08:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	18:50	19:37	20:31	07:15	11:31	08:00	00:00	11:31
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	18:44	19:48	20:37	07:08	11:35	08:00	00:00	11:35
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	18:50	19:34	20:26	07:22	11:40	08:00	00:00	11:40
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	18:49	19:24	20:19	07:17	11:33	08:00	00:00	11:33
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	18:50	19:36	20:26	07:12	11:32	08:00	00:00	11:32
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	18:46	19:46	20:26	07:27	12:01	08:00	00:00	12:01
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	18:53	19:25	20:19	07:25	11:38	08:00	00:00	11:38
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	18:52	19:30	20:22	07:15	11:31	08:00	00:00	11:31
TOTAL: 10 dias, 14 folgas/feriados, 9 afastamentos					115:01	80:00	00:00	115:01

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Alessandra Aguiar Salesse Farias
Enfermeira
COREN-SP 202079

ALESSANDRA AGUIAR
SALESSE

27/09/2019

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)

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 5 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TFC DE
ENFERMAGEM

20/08 ter	18:55	19:23	20:18	06:55	11:00	08:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	19:04	19:27	20:23	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	18:56	19:27	20:21	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	18:53	19:37	20:31	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	18:52	19:48	20:36	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	18:54	19:33	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	19:01	19:39	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	19:02	19:22	20:16	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	19:03	19:36	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	18:57	19:24	20:21	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	18:57	19:41	20:48	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	19:01	19:46	20:31	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	18:55	19:25	20:21	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	19:00	19:30	20:20	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					154:00	112:00	00:00	154:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA AZEVEDO
ZANATTA

27/9/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 43 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento UH MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO(A) RT

20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg		07:32	13:14	13:57	16:10	07:00	00:00	00:00	07:55
27/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua		07:54	12:48	13:48	17:34	07:00	00:00	00:00	08:40
29/08 qui		08:02	12:33	13:56	17:48	07:00	00:00	00:00	08:23
30/08 sex		08:27	12:33	13:21	16:09	06:54	00:00	00:00	06:54
31/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom		18:52	23:51	23:57		04:59	02:06	00:00	04:59
02/09 seg		09:25	13:10	13:55	18:04	07:00	00:00	00:00	07:54
03/09 ter		14:04	17:15	17:30	20:48	06:29	00:00	00:00	06:29
04/09 qua		08:05	13:19	14:08	18:32	07:00	00:00	00:00	09:38
05/09 qui		08:50	12:03	12:50	23:46	00:35	07:17	00:00	20:51
06/09 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg		08:04	12:24	13:21	16:15	07:00	00:00	00:00	07:00
10/09 ter		14:12	18:14			04:02	00:00	00:00	04:02
11/09 qua		08:01	12:30	13:21	17:10	07:00	00:00	00:00	08:18
12/09 qui		08:29	15:35	19:31	21:08	07:00	00:00	00:00	08:43
13/09 sex		08:35	12:04	13:50	16:07	05:46	00:00	00:00	05:46
14/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg		08:06	12:32	13:47	17:25	07:00	00:00	00:00	08:04
17/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua		08:03	13:22	14:06	18:20	07:00	00:00	00:00	09:33
19/09 qui		08:17	12:12	13:11	16:41	07:00	00:00	00:00	07:25
20/09 sex		08:06	12:59	14:14	18:19	07:00	00:00	00:00	08:58
21/09 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 17 dias, 10 folgas/feriados, 6 afastamentos						112:10	10:06	00:00	149:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início:
Segunda
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
5/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 12 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX DE FARMACIA

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	17:54	20:12	21:11	06:02	10:03	08:00	00:00	11:09
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	18:47	20:20	21:20	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	17:51	20:21	21:21	06:02	10:02	08:00	00:00	11:11
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	17:48	20:40	21:40	06:01	10:01	08:00	00:00	11:13
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	17:48	20:06	21:06	06:01	10:01	08:00	00:00	11:13
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	18:48	20:42	21:42	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	18:52	20:15	21:15	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	18:50	20:39	21:39	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	18:51	20:28	21:28	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	18:54	20:19	21:17	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	18:50	20:31	21:29	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	18:48	20:19	21:19	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/09 ter	18:56	20:30	21:31	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	18:51	19:25	20:21	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	18:50	20:20	21:20	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					161:07	120:00	00:00	165:46

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Debora Cristina Loche
DEBORA CRISTINA LOCHE

27/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 13 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	DENISE PRISCILA ANCILOTTI LISBOA DE SOUZA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
	Função: TIPO DE ENFERMAGEM

20/08 ter	18:55	19:22	20:18	06:55	11:00	08:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	18:53	19:27	20:23	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	18:51	19:37	20:31	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	18:52	19:48	20:36	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	12:10	20:17	21:26	00:09	04:00	02:27	00:00	10:50
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	18:52	19:19	20:15	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	18:57	19:34	20:27	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	18:50	19:39	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	18:52	19:24	20:19	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	18:49	19:16	20:09	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	18:52	19:46	20:31	07:08	11:31	08:00	00:00	11:31
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	18:50	19:25	20:19	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	18:45	19:29	20:26	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 19 folgas/feriados, 1 afastamento					136:31	98:27	00:00	143:21

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Denise P. A. de Souza
DENISE PRISCILA ANCILOTTI
LISBOA-DE

27/09/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 14 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TCO DE ENFERMAGEM

20/08 ter	18:53	19:22	20:18	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	18:56	19:27	20:21	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	18:57	19:37	20:30	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	19:01	19:34	20:27	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	18:55	19:19	20:14	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	19:00	19:34	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	18:59	19:38	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	19:02	19:36	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	18:49	19:24	20:19	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	19:05	19:36	20:26	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	18:58	19:16	20:09	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	18:58	19:46	20:31	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	18:59	19:29	20:21	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 19 folgas/feriados, 1 afastamento					143:00	104:00	00:00	143:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Edilaine Munhoz Maquea
EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA ASS. HOSPITALAR BEN DO
27.09.19 BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 26 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador:	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário:	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento:	UTI MIRANDÓPOLIS
Função:	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	18:55	19:23	20:17	06:55	11:00	08:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	19:04	19:26	20:23	07:00	10:59	08:00	00:00	10:59
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	18:53	19:37	20:31	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	18:52	19:48	21:36	07:00	10:20	08:00	00:00	10:20
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	18:51	19:33	20:27	07:07	11:00	08:00	00:00	11:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	18:55	19:19	20:14	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	18:54	19:34	20:41	07:00	10:59	08:00	00:00	10:59
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	19:01	19:38	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	19:02	19:22	20:16	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	19:02	19:36	20:32	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	18:57	19:24	20:19	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	18:57	19:36	20:26	07:07	11:00	08:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	18:41	19:16	20:09	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	19:01	19:46	20:31	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	18:55	19:25	20:19	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					164:18	120:00	00:00	164:18

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


LUCAS CARVALHO DOS
SANTOS
07.09.19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 7 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	06:45	12:57	13:57	19:17	11:32	00:00	00:00	11:32
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	06:55	11:59	12:47	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	06:48	12:47	13:38	18:51	11:00	00:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	06:51	12:38	13:38	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	06:51	12:40	13:33	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	06:50	12:52	14:14	19:19	11:00	00:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	06:55	12:43	13:31	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	06:47	12:21	13:15	20:14	11:00	00:00	00:00	12:14
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	06:47	13:04	13:53	19:11	11:35	00:00	00:00	11:35
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	06:46	13:00	14:04	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	06:52	12:42	13:39	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	06:48	11:22	12:16	19:18	11:36	00:00	00:00	11:36
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	06:50	14:21	15:01	19:09	11:39	00:00	00:00	11:39
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	06:48	13:15	14:03	19:09	11:33	00:00	00:00	11:33
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	06:48	12:24	13:15	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					167:55	00:00	00:00	169:09

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C.C. Silva
BIANCA CAETANO COSTA
SILVA

27/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 44 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	06:50	11:55	12:52	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	06:49	12:19	13:17	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	06:49	13:09	14:05	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	06:48	12:22	13:14	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	06:54	13:11	14:03	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	06:52	12:22	13:17	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	06:43	13:25	14:24	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
08/09 dom	06:43	13:26	14:24	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
09/09 seg	06:52	13:12	14:07	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	06:51	12:01	12:51	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	06:52	12:59	13:52	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	06:52	12:05	12:55	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	06:54	12:03	12:54	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	06:58	12:23	13:08	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					154:00	00:00	00:00	154:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA
DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

27/09/19

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 19 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	AUX DE FARMACIA

20/08 ter	18:55	20:22	21:20	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	06:48	12:18	13:15	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	06:56	11:52	12:55	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
25/08 dom	06:53	12:45	13:43	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	06:45	14:55	15:51	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	18:44	20:29	21:22	06:44	00:16	08:00	00:00	10:23
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	06:52	11:28	12:35	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
01/09 dom	07:01	13:16	14:14	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	06:48	12:47	14:13	19:07	10:53	00:00	00:00	10:53
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	07:02	12:01	12:59	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	18:51	20:28	21:23	07:04	00:09	08:00	00:00	10:27
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	06:58	12:29	13:20	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	06:43	14:03	15:15	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	06:41	14:10	15:20	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	06:49	11:29	12:30	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	07:00	10:54	11:51	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 16 dias, 17 folgas/feriados					154:18	24:00	00:00	174:43

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

IZABEL CRISTINA DE SOUZA
27/9/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 41 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	SONIA MARIA RIZZO
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	06:58	11:59	13:00	19:03		11:00	00:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	06:50	12:22	13:14	19:07		11:00	00:00	00:00	11:00
27/08 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	06:54	12:10	13:10	19:03		11:00	00:00	00:00	11:00
29/08 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	06:50	12:24	13:20	19:00	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
31/08 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	06:49	12:20	13:16	19:02		11:00	00:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	06:51	12:23	13:15	19:05		11:00	00:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	06:49	12:18	13:18	19:08		11:00	00:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	06:52	12:13	13:11	19:10		11:00	00:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	06:50	12:05	13:03	19:01		11:00	00:00	00:00	11:00
12/09 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	06:46	12:01	12:57	19:05		11:00	00:00	00:00	11:00
14/09 sab	06:53	12:11	13:10	19:10		11:00	00:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	06:56	12:18	13:08	19:03		11:00	00:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	06:52	12:10	13:08	19:00		11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 20 folgas/feriados						143:00	00:00	00:00	143:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Sônia Maria Rizzo
SONIA MARIA RIZZO
24/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 16 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	06:45	11:55	13:19	19:04	10:55	00:00	00:00	10:55
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	06:54	13:04	14:04	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	06:57	13:10	14:04	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	06:48	13:10	14:03	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	06:46	13:23	14:08	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	07:01	14:06	15:03	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	06:48	14:17	15:17	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	06:51	13:19	14:21	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	07:02	13:23	14:24	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	06:58	12:57			05:59	00:00	00:00	05:59
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	06:43	12:58	13:52	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	06:56	13:11	13:58	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	06:41	13:13	14:00	19:06	11:38	00:00	00:00	11:38
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	06:48	13:11	14:11	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	07:00	13:12	14:02	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					160:32	00:00	00:00	160:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 17 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

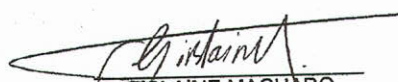
Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TFC DE
ENFERMAGEM

20/08 ter	06:54	12:57	13:53	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	07:10	08:18			01:08	00:00	00:00	01:08
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	06:57	12:00	13:00	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	07:10	12:11	13:10	19:02	10:53	00:00	00:00	10:53
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	07:12	11:13	12:07	19:00	10:54	00:00	00:00	10:54
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	07:00	12:20	13:16	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	06:53	12:20	13:21	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	07:12	12:23	13:15	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	06:59	12:18	13:18	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	07:11	12:13	13:10	19:07	10:59	00:00	00:00	10:59
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	07:13	12:05	13:04	19:01	10:49	00:00	00:00	10:49
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	06:48	12:00	12:59	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	07:10	12:13	13:11	19:06	10:58	00:00	00:00	10:58
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	06:52	12:10	13:09	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					143:41	00:00	00:00	143:41

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


GISLAINE MACHADO
MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 46 de 45
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: WILLIAN SOUZA SALADINI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: FISIOTERAPEUTA

20/08 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	12:01 21:41 22:45 00:11 05:45	02:29	00:00	11:06	
02/09 seg	18:05 22:17 22:34 23:55 05:45	02:11	00:00	05:45	
03/09 ter	12:18 19:50 21:08 00:05 05:45	02:22	00:00	10:29	
04/09 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	
05/09 qui	11:59 22:21 23:21 00:20 05:45	02:40	00:00	11:21	
06/09 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	
07/09 sab	18:10 20:46 21:19 23:56 05:13	02:12	00:00	05:13	
08/09 dom	18:07 20:45 21:06 23:52 05:24	02:08	00:00	05:24	
09/09 seg	12:13 22:04 23:20 00:12 05:45	02:30	00:00	10:43	
10/09 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	
11/09 qua	17:59 23:30 23:47 23:58 05:45	02:14	00:00	05:45	
12/09 qui	18:09 22:06 22:21 23:57 05:45	02:13	00:00	05:45	
13/09 sex	12:12 17:10 17:26 18:18 05:45	00:00	00:00	05:50	
14/09 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	
15/09 dom	Folga	00:00	00:00	00:00	
16/09 seg	17:57 22:36 22:51 00:04 05:45	02:21	00:00	05:52	
17/09 ter	17:56 23:03 23:19 00:06 05:45	02:24	00:00	05:54	
18/09 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	
19/09 qui	17:59 21:40 21:55 00:04 05:45	02:21	00:00	05:50	
20/09 sex	18:09 22:42 22:57 23:53 05:29	02:09	00:00	05:29	
21/09 sab	18:11 21:40 21:55 23:58 05:45	02:14	00:00	05:45	
TOTAL: 15 dias, 7 folgas/feriados, 11 afastamentos		85:06	32:28	00:00	106:11

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 S. Saladini
WILLIAN SOUZA SALADINI

27/08/2019

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 45 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	VIVIANE LIE YOKOYAMA
Departamento	UTI MIRANDOPOLIS
Função	FISIOTERAPEUTA

20/08 ter	05:56	09:45	10:00	11:55	05:45	00:00	00:00	05:45
21/08 qua	05:58	09:45	10:00	18:01	05:45	00:00	00:00	11:48
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	05:55	09:45	10:00	12:05	05:45	00:00	00:00	05:45
24/08 sab	05:55	09:30	10:01	12:00	05:45	00:00	00:00	05:45
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	05:47	09:35	09:45	11:53	05:45	00:00	00:00	05:45
27/08 ter	05:45	09:30	09:42	11:36	05:45	00:00	00:00	05:45
28/08 qua	05:55	09:30	09:45	11:58	05:45	00:00	00:00	05:45
29/08 qui	05:59	09:45	10:00	12:06	05:45	00:00	00:00	05:45
30/08 sex	05:55	09:31	09:47	12:16	05:45	00:00	00:00	06:05
31/08 sab	05:59	09:31	09:45	11:56	05:45	00:00	00:00	05:45
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	06:00	09:31	09:46	12:33	05:45	00:00	00:00	06:18
03/09 ter	05:59	09:33	09:41	12:42	05:45	00:00	00:00	06:35
04/09 qua	06:02	11:31	11:41	12:45	05:45	00:00	00:00	06:33
05/09 qui	05:59	10:30	10:42	12:14	05:45	00:00	00:00	06:03
06/09 sex	06:00	10:45	10:59	12:21	05:45	00:00	00:00	06:07
07/09 sab	05:58	10:46	11:00	12:21	05:45	00:00	00:00	06:09
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	05:57	10:46	10:52	12:36	05:45	00:00	00:00	06:33
10/09 ter	05:54	10:45	11:00	12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
11/09 qua	05:58	11:02	11:17	11:54	05:45	00:00	00:00	05:45
12/09 qui	05:52	08:15	08:55	12:07	05:45	00:00	00:00	05:45
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	05:51	11:30	11:45	12:06	05:45	00:00	00:00	05:45
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	05:54	11:30	11:45	12:04	05:45	00:00	00:00	05:45
17/09 ter	05:58	11:30	11:58	12:58	05:45	00:00	00:00	06:32
18/09 qua	05:58	11:32	11:38	11:54	05:45	00:00	00:00	05:45
19/09 qui	05:56	11:30	11:45	12:01	05:45	00:00	00:00	05:45
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	05:54	11:30	11:43	11:53	05:45	00:00	00:00	05:45
TOTAL: 26 dias, 7 folgas/feriados					149:30	00:00	00:00	160:43

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 Seg á sext - Mirandopolis -
Início: Segunda
5 dias x 07:00-11:00 R 11:15-13:00 = 05:45 Folga 2 dias
15/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


VIVIANE LIE YOKOYAMA
28/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 35 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
	Função: TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	18:53	19:22	20:16	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	18:53	19:27	20:23	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	18:52	19:27	20:22	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	18:57	19:48	20:36	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
29/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	18:54	19:33	20:26	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
31/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	18:41	19:19	20:14	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
02/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	18:54	19:34	20:17	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
04/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	18:57	19:39	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	18:58	19:22	20:16	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	19:00	19:36	20:26	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	18:56	19:36	20:25	07:07	11:00	08:00	00:00	11:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	18:58	19:16	20:09	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	18:53	19:46	20:28	07:08	11:33	08:00	00:00	11:33
18/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	19:00	19:25	20:19	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	19:03	19:29	20:21	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 15 dias, 18 folgas/feriados					165:33	120:00	00:00	165:33

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Patricia Adriana
PATRICIA ADRIANA FERREIRA
29/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 6 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

União: TEC DE
ENFERMAGEM

20/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	19:06	21:15	00:00	00:00	00:00	02:09
21/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO			00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO			00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	18:56	19:27	20:21	07:01	11:00	08:00	00:00
25/08 dom	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	18:58	19:37	20:30	07:00	11:00	08:00	00:00
27/08 ter	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	19:02	19:33	20:26	07:10	11:00	08:00	00:00
31/08 sab	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	19:05	19:19	20:14	07:05	11:00	08:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Afastamento - FÉRIAS			00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 6 folgas/feriados, 23 afastamentos				44:00	32:00	00:00	46:09

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO);

ANA PAULA DOS SANTOS
SILVA

03/09/19

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 22 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	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 20/08/2019 a 21/09/2019

página 23 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

TOTAL: 0 dias, 33 afastamentos

00:00

00:00

00:00

00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

KELLY CRISTINA RAMOS
ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 36 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	07:16	14:17	15:10	19:00	10:51	00:00	00:00	10:51
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	07:06	11:15	12:28	19:01	10:42	00:00	00:00	10:42
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	06:56	11:56	13:02	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	07:18	13:46	14:46	19:14	10:56	00:00	00:00	10:56
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	07:16	12:22	13:24	19:08	10:50	00:00	00:00	10:50
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	06:54	12:19	13:28	19:23	11:00	00:00	00:00	11:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	07:06	13:03	14:14	19:00	19:15	10:43	00:00	10:43
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	07:09	12:11	13:25	19:10	10:47	00:00	00:00	10:47
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	07:03	12:04	13:17	19:05	10:49	00:00	00:00	10:49
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	07:04	12:55	13:43	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	07:08	13:29	14:17	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	07:01	07:47	13:00	14:06	19:12	01:52	00:00	01:52
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	12:34	19:15			06:41	00:00	00:00	06:41
21/09 sab	06:57	12:07	13:12	19:01	10:59	00:00	00:00	10:59
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					139:10	00:00	00:00	139:10

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Patricia M. Almeida
PATRICIA MICHELE DE
ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 42 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: TANIA MARA BARRETO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	07:00	12:52	13:46	16:54	09:00	00:00	00:00	09:00
21/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	07:03	12:03	12:55	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
10/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	06:58	09:39			02:41	00:00	00:00	02:41
12/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL:	3 dias, 4 folgas/feriados, 26 afastamentos				22:41	00:00	00:00	22:41

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

TANIA MARA BARRETO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 8 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: CAMILA DONATO INNOCENCIO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

20/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 33 afastamentos		00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CAMILA DONATO INNOCENCIO ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 28 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

FUNÇÃO: TÉCNICO DE
ENFERMAGEM

20/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
22/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
24/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
28/08 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
30/08 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
01/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
03/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
05/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
08/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
09/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
11/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
13/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
19/09 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE	00:00	00:00	00:00	00:00
21/09 sab	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 20/08/2019 a 21/09/2019

página 29 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

TOTAL: 0 dias, 33 afastamentos

00:00

00:00

00:00

00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 3 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	18:58	20:00	21:00	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	18:51	20:10	21:01	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
24/08 sab	14:18	17:07	18:58		00:00	00:00	00:00	02:49
25/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	18:50	20:07	20:53	07:07	11:31	08:00	00:00	11:31
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	18:55	20:09	21:02	07:14	11:00	08:00	00:00	11:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	18:50	20:00	20:57	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	21:05	07:07			10:02	08:00	00:00	10:02
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	17:19	20:14	21:14	07:06	11:00	08:00	00:00	12:41
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/09 sab	18:54	19:23	20:15	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
08/09 dom	18:53	20:13	21:00	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	19:00	20:19	21:24	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	19:03	20:40	21:48	07:09	10:58	08:00	00:00	10:58
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	18:52	20:03	21:02	07:07	11:00	08:00	00:00	11:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	19:00	20:57	22:04	07:17	11:00	07:55	00:00	11:00
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	19:12	20:20	21:22	07:07	10:53	08:00	00:00	10:53
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 19 folgas/feriados					153:24	111:55	00:00	157:54

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA
MARDEGAN

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Cartão de Ponto de 20/08/2019 a 21/09/2019

página 9 de 46
Impresso em 25/09/2019 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

20/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
21/08 qua	18:56	20:07	21:26	06:49	10:34	08:00	00:00	10:34
22/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/08 sex	19:02	20:01	20:58	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
24/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/08 dom	19:09	20:07	21:07	06:51	10:42	08:00	00:00	10:42
26/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/08 ter	18:54	20:24	21:28	06:48	10:50	08:00	00:00	10:50
28/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/08 qui	18:57	20:10	21:00	06:50	11:00	08:00	00:00	11:00
30/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
31/08 sab	19:07	20:59	21:59	07:14	11:00	08:00	00:00	11:00
01/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/09 seg	19:01	19:56	21:05	06:49	10:39	08:00	00:00	10:39
03/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/09 qua	18:51	20:00	20:57	06:50	11:00	08:00	00:00	11:00
05/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/09 sex	18:55	20:33	21:27	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
07/09 sab	19:02	19:25	20:17	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
08/09 dom	18:56	20:23	21:28	06:51	10:50	08:00	00:00	10:50
09/09 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/09 ter	18:59	20:07	21:23	06:49	10:34	08:00	00:00	10:34
11/09 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/09 qui	19:01	19:58	21:00	06:49	10:46	08:00	00:00	10:46
13/09 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/09 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/09 seg	19:00	19:50	20:50	06:49	10:49	08:00	00:00	10:49
17/09 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/09 qua	19:00	20:00	21:06	06:49	10:43	08:00	00:00	10:43
19/09 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/09 sex	19:03	20:50	22:15	07:00	10:32	07:42	00:00	10:32
21/09 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 17 folgas/feriados					172:59	127:42	00:00	172:59

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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

Lins/SP, 31 de outubro de 2019.

A;

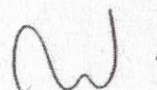
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL- AHBB, entidade filantrópica, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 45.349.461/0002-93, com sede na Avenida José Ariano Rodrigues, nº 303, Jardim Ariano, na cidade de Lins, Estado de São Paulo, CEP 16.400-000

A/C: Sr. Presidente

Como é cediço de Vossa Senhoria estamos enfrentando uma verdadeira batalha jurídica decorrente dos problemas causados no Contrato de Gestão que a AHBB manteve com o Município de Cubatão.

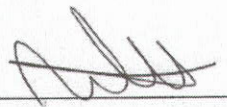
Destacamos que os problemas causados ocorrem pela ausência de repasses devidos pelo Município de Cubatão, o qual deixou de honrar seus compromissos financeiros em razão da crise econômica que assola o País, sendo que, por este motivo encontra-se em tramite a Ação de Execução 1002291-43.2018.8.26.0157, na qual a AHBB cobra do Município de Cubatão os valores que ficaram em aberto, notadamente com relação aos fornecedores e empregados que efetivamente prestaram serviços e não receberam.

Não obstante a Ação de Execução citada acima, os empregados e fornecedores ajuizaram ações contra a AHBB, a qual apesar de informar que a inadimplência ocorreu por motivos alheios a sua vontade, tem sido responsabilizada pelo pagamento, razão pela qual em inúmeros processos ocorreram ordem de bloqueios on-line, os quais quando realizados com sucesso, conseguimos na sequencia o desbloqueio, isto em razão das verbas bloqueadas serem de origem públicas com destinação exclusiva para área de saúde.



Todavia, conforme relação em anexa, existem inúmeros processos em fase de execução contra a AHBB, razão pela qual o risco de bloqueio é diário e eminente, razão pela qual rogamos para que haja uma gestão sobre os recursos ao fito de se evitar bloqueios destas verbas públicas destinadas a saúde e ou, em caso de houver, que nos informem de forma célere e imediata para que possamos buscar o desbloqueio, e assim evitar qualquer prejuízo ao atendimento que a AHBB realizada a diversas pessoas.

No mais, renovamos os votos de estima e consideração e ao mesmo tempo colocamo-nos a disposição para eventuais duvidas e esclarecimentos.



GALENTI ADVOGADOS ASSOCIADOS



PODER JUDICIÁRIO ||| JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO
4ª Vara do Trabalho de Cubatão ||| RTOrd 1000096-74.2016.5.02.0254
RECLAMANTE: ANGELICA APARECIDA MEDINA BANDEIRA
RECLAMADO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CONCLUSÃO

Nesta data, faço o feito concluso ao(a) MM(a) Juiz(a) da 4ª Vara do Trabalho de Cubatão/SP.

CUBATAO, data abaixo.

ROSELI MOURA DA SILVA CORREA

DESPACHO

Vistos.

Indefiro o requerimento da ré, uma vez que o acordo firmado na Ação Civil Pública não tem o alcance pretendido, pois a extinção da execução em relação à requerente pelo reconhecimento da transação não tem amparo jurídico, tendo em vista que tal acordo não foi realizado com a autora desta ação, cujo objeto, aliás, é diverso do objeto da Ação Civil Pública, além disso, o Município de Cubatão sequer é parte no presente feito como alega a ré.

Assim, concedo mais 10 dias para que a reclamada efetue o pagamento do débito exequendo.

No silêncio, proceda-se ao bloqueio em contas.

CUBATAO, 1 de Junho de 2019

FRANCIELLI GUSSO LOHN
Juiz(a) do Trabalho Substituto(a)

PJe



Assinado eletronicamente por: [FRANCIELLI
GUSSO LOHN] - 41b10b6
<https://pje.trtsp.jus.br/primeirograu/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

Documento assinado pelo Shodo



PODER JUDICIÁRIO ||| JUSTIÇA DO TRABALHO

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO

5ª Vara do Trabalho de Cubatão ||| RTOrd 1000257-81.2016.5.02.0255

RECLAMANTE: CREUZA FERREIRA DA SILVA SANTANA

RECLAMADO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL , PRO SAUDE - ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E HOSPITALAR , MUNICIPIO DE CUBATAO

CONCLUSÃO

Nesta data, faço o feito concluso ao(a) MM(a) Juiz(a) da 5ª Vara do Trabalho de Cubatão/SP.

CUBATAO, data abaixo.

JOSE EUCLIDES BASILE

DESPACHO

Vistos....

Vistos....

Tendo em vista os documentos juntados pelo reclamante, intime-se a 1a. reclamada para efetuar o depósito do saldo remanescente da dívida em 10 dias, sob pena de execução direta pelo sistema BacenJud.

Nada mais.

CUBATAO, 6 de Agosto de 2019

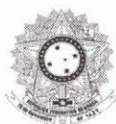
ADRIANA CRISTINA BACCARIN
Juiz(a) do Trabalho Substituto(a)

PJe



Assinado eletronicamente por: **[ADRIANA CRISTINA BACCARIN]** - 2dfe322
<https://pje.trtsp.jus.br/primeirograu/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>


Documento assinado pelo Shodo



PODER JUDICIÁRIO ||| JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO
2ª Vara do Trabalho de Cubatão ||| RTOrd 1000507-89.2017.5.02.0252
RECLAMANTE: ANDREIA CARDOSO DA FONSECA
RECLAMADO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CONCLUSÃO

Nesta data, faço o feito concluso ao(a) MM(a) Juiz(a) da 2ª Vara do Trabalho de Cubatão/SP.

CUBATAO, data abaixo.

ANDRE LUIZ CARVALHO GONZALEZ

DESPACHO

Vistos.

Razão não assiste à reclamada em sua manifestação, eis que incabível a responsabilização de terceiros pelos débitos fixados no título executivo transitado em julgado.

Assim, acolho o requerimento da autora. Expeça-se mandado para pesquisa de bens da executada através dos convênios BACENJUD, ARISP, RENAJUD e INFOJUD (DOI).

CUBATAO, 28 de Junho de 2019

ADALGISA LINS DORNELLAS
Juiz(a) do Trabalho Titular

PJe



Assinado eletronicamente por: [ADALGISA LINS
DORNELLAS] - 6e57b98
<https://pje.trtsp.jus.br/primeirograu/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

Documento assinado pelo Shodo



PODER JUDICIÁRIO ||| JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO

4ª Vara do Trabalho de Cubatão ||| ExProvAS 1000668-93.2017.5.02.0254

EXEQUENTE: CARLOS EDUARDO DE SOUZA MACIEL

EXECUTADO: PRO SAUDE - ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E HOSPITALAR , ASSOCIACAO
HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL , MUNICIPIO DE CUBATAO

CONCLUSÃO

Nesta data, faço o feito concluso ao(a) MM(a) Juiz(a) da 4ª Vara do Trabalho de Cubatão/SP.

CUBATAO, data abaixo.

ROSELI MOURA DA SILVA CORREA

DESPACHO

Vistos.

Indefiro o requerimento da parte autora, pois é sabido que grande parte do faturamento da Associação Hospitalar Beneficente do Brasil tem origem pública, o que encontra óbice na impenhorabilidade prevista no artigo 833, inciso IX do CPC.

Não obstante, tente-se novamente o bloqueio em contas pelo saldo ainda devido, sem dissonância do que já foi decidido (Id.48ae0ca).

CUBATAO, 23 de Setembro de 2019

LUIZ EVANDRO VARGAS DUPLAT FILHO
Juiz(a) do Trabalho Substituto(a)

PJe



Assinado eletronicamente por: **[LUIZ EVANDRO VARGAS DUPLAT FILHO]** - 67afa93
<https://pje.trtsp.jus.br/primeirograu/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>


Documento assinado pelo Shodo



PODER JUDICIÁRIO ||| JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 2ª REGIÃO
5ª Vara do Trabalho de Cubatão ||| RTOrd 1000894-78.2015.5.02.0251
RECLAMANTE: TATIANA COSTA DO CARMO
RECLAMADO: AHBB - ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL, PRO SAUDE - ASSOCIACAO BENEFICENTE DE ASSISTENCIA SOCIAL E HOSPITALAR

CONCLUSÃO

Nesta data, faço o feito concluso ao(a) MM(a) Juiz(a) da 5ª Vara do Trabalho de Cubatão/SP.

CUBATAO, data abaixo.

JOSE EUCLIDES BASILE

DESPACHO

Vistos....

Vistos....

Tendo em vista os documentos juntados pelo reclamante, intime-se a reclamada para efetuar o depósito do saldo remanescente da dívida em 10 dias, sob pena de execução direta pelo sistema BacenJud.

Nada mais.

CUBATAO, 6 de Junho de 2019

ADRIANA CRISTINA BACCARIN
Juiz(a) do Trabalho Substituto(a)

PJe



Assinado eletronicamente por: [ADRIANA CRISTINA BACCARIN] -
49cdd2c
[https://pje.trtsp.jus.br/primeirograu/Processo/ConsultaDocumento
/listView.seam](https://pje.trtsp.jus.br/primeirograu/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam)