

Prestação de Contas

Janeiro
2020

Mirandópolis

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

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



G33631141674443060
31/01/2020 14:48:22

Ciente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/12/2019		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
02/01/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	53.920,04 D	
				02/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/01/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	286.173,14 D	
				02/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.201	691,61 D	
				BANCO SOFISA S/A			
02/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.202	8.386,40 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.203	6.057,00 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/01/2020		0000	00000	855 BB RF CP Aut Empresa	5	355.228,19 C	0,00 C
03/01/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	39.673,50 C	
				03/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
03/01/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.301	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/01/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	6.308,95 C	
				06/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.601	153,90 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
06/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.602	753,07 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
06/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.603	77,60 D	
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
06/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.604	1.190,12 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
06/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.605	1.654,17 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.606	634,59 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/01/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.607	100,00 D	
				237 0258 002045036000117 VERA LUCIA AL			
06/01/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	10.608	1.745,50 D	0,00 C
				SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
07/01/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	10.766,61 C	
				07/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/01/2020		0000	14138	632 Ordem Banc?ria	202.001.070.003.274	355.225,30 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
07/01/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	355.225,30 D	
				07/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/01/2020		0000	13105	375 Impostos	10.701	10.766,61 D	0,00 C
				FGTS ARRECADACAO GRF			
09/01/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	76.554,57 C	
				09/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/01/2020		0000	14175	983 TED Devolvida	600.001	1.620,64 C	
				TRANSF SUPERA LMT P/ CNT DESTINO			
09/01/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	20.161	73.203,59 D	
09/01/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.901	927,01 D	
				237 0110 36850173812 BRUNA BERALDO FER			
09/01/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.902	346,14 D	
				104 1157 24839909830 NILZA PEREIRA GAR			

09/01/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	10.903	1.620,64 D
		104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS		
09/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	10.904	457,19 D
		PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA EPP		
09/01/2020	0000	00000 345 BB RF CP Aut Empresa	5	1.620,64 D 0,00 C
10/01/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	11.001	1.000,00 D
		104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS		
10/01/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	1.000,00 C 0,00 C
13/01/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	8.377,32 C
		13/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
13/01/2020	0000	14175 983 TED Devolvida	200.004	620,64 C
		TRANSF SUPERA LMT P/ CNT DESTINO		
13/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.301	2.257,68 D
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA		
13/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.302	566,99 D
		BANCO SOFISA S/A		
13/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.303	1.336,19 D
		BANCO SOFISA S/A		
13/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.304	637,14 D
		BANCO SOFISA S/A		
13/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.305	2.149,32 D
		LABORATORIO SAO PAULO		
13/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.306	1.360,00 D
		BIOMEDICAL		
13/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.307	70,00 D
		RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA		
13/01/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	11.308	620,64 D 0,00 C
		104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS		
14/01/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	11.401	620,64 D
		104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS		
14/01/2020	0000	00000 855 BB RF CP Aut Empresa	5	620,64 C 0,00 C
15/01/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	355.225,30 C
		15/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
15/01/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	18.750,43 C
		15/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
15/01/2020	0000	14049 855 BB RF CP Aut Empresa	1.200.005	0,05 C
15/01/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	551.897.000.009.401	355.225,30 D
		15/01 1897 SAO PAULO 00045349461000102		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.501	9.500,00 D
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.502	509,08 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.503	1.389,95 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.504	588,00 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.505	1.622,45 D
		BANCO SOFISA S/A		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.506	580,28 D
		BANCO SOFISA S/A		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.507	1.444,62 D
		BANCO SOFISA S/A		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.508	873,45 D
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
15/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	11.509	2.242,60 D 0,05 C
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
16/01/2020	0000	12334 920 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.003.930.250.102	0,05 *
16/01/2020	0000	11334 284 Bloq Judicial-Bacen Jud	12.003.930.250.102	0,05 D 0,00 C
20/01/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	28.554,02 C
		20/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
20/01/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.058.000.059.599	934,00 D
		20/01 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C		
20/01/2020	0000	11162 631 Desbl Judicial-Bacen Jud	4.340.001	0,05 C
20/01/2020	0000	13105 375 Impostos	12.001	1.652,46 D
		RFB- DARF PRETO CALCULADO		

20/01/2020	0000	13105 375 Impostos	12.002	5.122,63 D
		RFB- DARF PRETO CALCULADO		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.003	1.696,00 D
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.004	424,00 D
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.005	219,43 D
		AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.006	99,90 D
		F B BABETO ME		
20/01/2020	0000	13105 375 Impostos	12.007	1.965,31 D
		RFB- DARF PRETO CALCULADO		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.008	1.108,83 D
		BANCO SOFISA S/A		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.009	1.638,86 D
		BANCO SOFISA S/A		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.010	155,20 D
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.011	1.212,00 D
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.012	1.312,22 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.013	772,13 D
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.014	326,55 D
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.015	208,00 D
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
20/01/2020	0000	13105 196 INSS Arrecada??o	12.016	8.638,14 D
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 12/2019		
20/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.017	1.068,41 D 0,00 C
		HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME		
27/01/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	102.293,12 C
		27/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
27/01/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.448.000.016.147	200,00 D
		27/01 0448 16147-0 MARCIA MAIARA		
27/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.701	848,00 D
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO		
27/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.702	196,00 D
		MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS ME		
27/01/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	12.703	254,22 D
		CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA		
27/01/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	12.704	100.794,90 D 0,00 C
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST		
29/01/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	4.471,39 C
		29/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
29/01/2020	0000	13134 250 Folha de Pagamento	20.695	4.188,39 D
29/01/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	820.290.904.188.711	60,00 D
		Cobrança referente a 27/01/2020		
29/01/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	830.290.900.548.321	70,00 D
		Cobrança referente a 27/01/2020		
29/01/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os	890.290.901.016.024	153,00 D 0,00 C
		Cobrança referente a 27/01/2020		
31/01/2020	3062	03062 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	4.702,91 C
		31/01 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
31/01/2020	6790	06790 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	13.102	4.123,77 D
		033 3249 64812987920 TANIA MARA BARRET		
31/01/2020	0000	11105 375 Impostos	13.101	579,14 D
		FGTS ARREC GRRF		
31/01/2020	0000	00000 999 S A L D O		0,00 C
Saldo				0,00 C
Juros				0,00
Data de Debito de Juros				31/01/2020
IOF				0,00

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

02/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:06:53
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	02/01/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	53.920,04

***** TRANSFERIDO PARA:

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

NR.AUTENTICACAO	2.48F.D3D.392.07F.A13
-----------------	-----------------------

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

02/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:26:20
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	02/01/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	286.173,14

***** TRANSFERIDO PARA:

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

=====

NR.AUTENTICACAO	A.EDB.A5A.94E.29B.392
-----------------	-----------------------

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



Emissão de comprovantes

G333021207108482309
02/02/2020 15:49:26

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
=====

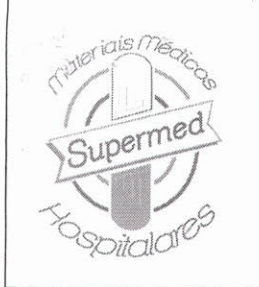
03399484570130000085660329501047481200000069161
BENEFICIARIO:
BANCO SOFISA S/A
NOME FANTASIA:
BANCO SOFISA S/A
CNPJ: 60.889.128/0001-80
SACADOR AVALISTA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02
=====

NR. DOCUMENTO	10.201
DATA DE VENCIMENTO	31/12/2019
DATA DO PAGAMENTO	02/01/2020
VALOR DO DOCUMENTO	691,61
VALOR COBRADO	691,61

=====

NR.AUTENTICACAO A.689.F66.49B.1B8.7CA

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 41645
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3519 1111 2060 9900 0441 5500 1000 0416 4510 0118 6573

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

135190884644664 26/11/2019 15:53:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/11/2019

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

DATA ENTRADA/SAÍDA

26 NOV. 2019

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 31/12/2019 691,61

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
691,61	117,84	0,00	0,00	691,61
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				691,61

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 4	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 20,53	PESO LÍQUIDO 20,53

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
5060	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-ANADONA SOFT LT 304-19 (1) 04/2021 \ LT 108-19 (2) 08/2021 (Fornecedor: 1, Lote: 304-19, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2021 / Fornecedor: 17, Lote: 108-19, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	62101000	000	5102	PCT	3	4,7000	14,10	14,10	2,54		18,00	
13584	CATETER IV 24G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA022I (1) 05/20-24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA022I, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183929	200	5102	CX	1	68,3700	68,37	68,37	12,31		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA0004 (1) 03/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0004, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 31/03/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	20,9000	20,90	20,90	3,76		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (4) 06/2021 (Fornecedor: 208-0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 4, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	4	11,5925	46,37	46,37	8,35		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 4. Rota R1 possui 1 volume(s), rota R3 possui 3 volume(s) #R3V3R1V1..
Pedido: 41770

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

Empresa 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.....: 3 Cubagem: 0,13

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/11/19
ASS. *[assinatura]*

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 41645
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 1111 2060 9900 0441 5500 1000 0416 4510 0118 6573

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

135190884644664 26/11/2019 15:53:34

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
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5-0-TALGE LT TMTX002 (2) 04/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TMTX002, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2024)	63079010	200	5102	PCT	2	4,2200	8,44	8,44	1,52		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 3752M4 (6) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3752M4, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	400	5102	CX	6	5,5300	33,18	33,18	3,98		12,00	
10732	SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 01119061 (1) 06/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 01119061, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	CX	1	34,3200	34,32	34,32	6,18		18,00	
23617	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT PGC C/25-DESCAR LT SEMAA0242 (2) 05/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SEMAA0242, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90189010	200	5102	PCT	2	17,6350	35,27	35,27	6,35		18,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G660 (1) 10/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G660, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2024)	90183119	200	5102	CX	1	77,6600	77,66	77,66	9,32		12,00	
25345	LUVA P/ PROCED.N.EST.P C/10-MEDIX LT SRI5-0/19SS (1) 07/2024 \ LT SRI52/19SS (1) 07/2024 (Fornecedor: 1925, Lote: SRI50/19SS, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2024 / Fornecedor: 1925, Lote: SRI52/19SS, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2024)	40151900	000	5102	CX	2	147,0000	294,00	294,00	52,92		18,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 LT 52020 (10) 09/2023 (Fornecedor: 9657, Lote: 52020, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2023)	90183929	000	5102	PCT	10	5,9000	59,00	59,00	10,61		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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090247275163293581658220009781220000838640

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 10.202

DATA DE VENCIMENTO 02/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 02/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 8.386,40

VALOR COBRADO 8.386,40

=====

NR.AUTENTICACAO F.8A3.6C1.FC6.A25.9D3

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 391350 Série B4, emitido em 25/11/2019

20191126047866934000174

Número da Nota

14512492

Data e Hora de Emissão

26/11/2019 00:39:34

Código de Verificação

XRRK-HAK4



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 37 R\$8.382,50

Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90

Ped.:21486669 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: 02/01/2020

VALOR TOTAL: R\$8.386,40

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 391350 Série B4, emitido em 25/11/2019; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/12/2019;

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



NOTA DE DÉBITO

Número
391350-ND

Data de Emissão
25/11/2019

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 37 R\$8.382,50
Ped.:21486669 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R\$ 8.382,50

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
391350-ND	R\$ 8.382,50	02/01/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 391350 de 25/11/2019.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10155968

Realizado em: 22/11/2019

Valor (R\$): 8.382,50

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\$): 8.382,50

Data de Crédito: 01/12/2019

Quantidade de Beneficiários: 37

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	14	17,50		R\$ 245,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE	UTI MIRANDÓPOLIS	1	17,50		R\$ 17,50
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 8.382,50

Data de Crédito: 01/12/2019

Quantidade de Beneficiários: 37

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS	UTI MIRANDÓPOLIS	5	17,50		R\$ 87,50
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	21	17,50		R\$ 367,50
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTI MIRANDÓPOLIS	11	17,50		R\$ 192,50
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO DA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
394.946.148-52	2154	NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE	UTI MIRANDÓPOLIS	1	17,50		R\$ 17,50
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO	UTI MIRANDÓPOLIS	15	17,50		R\$ 262,50
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
648.129.879-20	64812987920	TANIA MARA BARRETO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	21	17,50		R\$ 367,50
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/12/2019		37	R\$ 8.382,50
				TOTAL BENEFÍCIOS	37
					R\$ 8.382,50

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

Página 2 de 3

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R\$ 8.382,50
TOTAL	R\$ 8.382,50

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090247273374293581658220009181220000605700

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 10.203

DATA DE VENCIMENTO 02/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 02/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 6.057,00

VALOR COBRADO 6.057,00

=====

NR.AUTENTICACAO C.ADD.04C.234.5C5.71F

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 - MUA

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

RPS Nº 391171 Série B4, emitido em 25/11/2019

20191126047866934000174

Número da Nota

14511340

Data e Hora de Emissão

26/11/2019 00:36:36

Código de Verificação

QKVD-JYA1**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 39 R\$6.053,10
 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90
 Ped.:21486636 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: 02/01/2020
 VALOR TOTAL: R\$6.057,00

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 391171 Série B4, emitido em 25/11/2019; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/12/2019;

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



NOTA DE DÉBITO

Número
391171-ND

Data de Emissão
25/11/2019

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 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 39 R\$6.053,10
Ped.:21486636 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R\$ 6.053,10

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

391171-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 6.053,10

FORMA DE PAGAMENTO

02/01/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 391171 de 25/11/2019.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10155596

Realizado em: 22/11/2019

Valor (R\$): 6.053,10

Método Pagamento:

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.053,10

Data de Crédito: 01/12/2019

Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARI	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.053,10

Data de Crédito: 01/12/2019

Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERR	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
375.492.158-47	2142	LUIS FERANDO BETONI	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
396.213.588-09	2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO DA SILVANATAL	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
394.946.148-52	2154	NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
648.129.879-20	64812987920	TANIA MARA BARRETO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 353,10
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
259.873.048-81	2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
408.930.248-05	10307	WILLIAN SOUZA SALADINI	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
--------------------	--------------	-----------------	-----------------	--------------------------	--------------------

SEDE

UTI MIRANDÓPOLIS

01/12/2019

39

R\$ 6.053,10

TOTAL BENEFÍCIOS	39	R\$ 6.053,10
---------------------	----	--------------

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
-------------------	-----------

Total de Benefícios R\$ 6.053,10

TOTAL	R\$ 6.053,10
-------	--------------

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

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

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14
VALOR: R\$ 39.673,50
DEBITO EM: 03/01/2020

=====

DOCUMENTO: 010301
AUTENTICACAO SISBB: F.8A6.A89.C8C.1C6.D6F

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 20200102034298678000114	Número da Nota 00000041			
	Data e Hora de Emissão 02/01/2020 18:52:30 Código de Verificação TFUZ-IBBZ			
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: contabilidade@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS SERVIÇOS DE GESTÃO: ADMINISTRATIVOS, RECURSOS HUMANOS, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI DO HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS - SP COMPETÊNCIA: 12/2019 CONVÊNIO 0107/2017 - TERMO ADITIVO 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

03/01/2020
 011

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

=====

34191090247613454293581658220009381260000015390

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 10.601

DATA DE VENCIMENTO 06/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 153,90

VALOR COBRADO 153,90

=====

NR.AUTENTICACAO A.B9E.282.F07.064.CB6

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

Min

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 584352 Série B4, emitido em 29/11/2019 20191202u47866934000174	Número da Nota 14707268			
	Data e Hora de Emissão 30/11/2019 00:43:10 Código de Verificação LNQ7-YP4H			
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 1 R\$150,00 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Ped.:21551902 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: 06/01/2020 VALOR TOTAL: R\$153,90				
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 584352 Série B4, emitido em 29/11/2019; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/12/2019;				

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



NOTA DE DÉBITO

Número
584352-ND

Data de Emissão
29/11/2019

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 1 R\$150,00
Ped.:21551902 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 150,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 Nº

584352-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 150,00

FORMA DE PAGAMENTO

06/01/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 584352 de 29/11/2019.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10188437

Realizado em: 29/11/2019

Valor (R\$): 150,00

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\$): 150,00

Data de Crédito: 03/12/2019

Quantidade de Beneficiários: 1

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	03/12/2019		1	R\$ 150,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	1
					R\$ 150,00
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 150,00
TOTAL					R\$ 150,00

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100671028322181300000075307

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 10.602

DATA DE VENCIMENTO 10/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 753,07

VALOR COBRADO 753,07

=====

NR.AUTENTICACAO 9.A6D.161.AF8.933.5A5

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número do RPS	Número da nota
959490	988689
Data da emissão da nota	
14/12/2019 10:05:58	
Data do fato gerador	
13/12/2019 16:12:39	
Código de verificação	
90II-TOIEF	

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CPF/CNPJ: 00910509001305 Inscrição Municipal: 48.563 Telefone: ((**0x) x48)-3461
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nº Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: Inscrição Estadual:
Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**
Endereço: **Avenida José Ariano Rodrigues,** Número: **303** Bairro: **Jardim Ariano** CEP: **16400-400**
Município: **LINS** País: UF: **SP**
E-mail: **financeiro@ahbb.org.br** Telefone: **(1**43) 5325-198**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 12/2019.	753,07	1	753,07	753,07 x	2,00 =	15,06

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

VENCIMENTOS: (10/01/2020 - 753,07) 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\$ 753,07			VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 753,07	

Código do serviço:
0103 / Processamento de dados e congêneres.

Valor das Deduções(R\$) 0,00	Base de Cálculo(R\$) 753,07	Alíquota(%) 2,00	Valor ISS(R\$) 15,06
---------------------------------	--------------------------------	---------------------	-------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000000957200011554102481300000007760

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	10.603
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	10/01/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	06/01/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	77,60
--------------------	-------

VALOR COBRADO	77,60
---------------	-------

=====

NR. AUTENTICACAO	3.6B6.AFA.5AA.894.09B
------------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000140900 FL. 1 / 1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO

3519 1203 7487 6900 0180 5500 1000 1409 0013 2468 3106

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190936714181 10/12/2019 16:49:05

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

10/12/2019

ENDEREÇO

RUA SETE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16210-000

DATA SAÍDA / ENTRADA

10/12/2019

MUNICÍPIO

BILAC

FONE / FAX

(18)3659-1411

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:47:48

FATURA

PAGAMENTO

NÚMERO

VALOR ORIGINAL

VALOR DESCONTO

VALOR LÍQUIDO

DADOS DA FATURA

140900

77,60

0,00

77,60

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	10/01/2020	77,60									

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
15,90	2,86	0,00	0,00	23,00	77,60
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	77,60

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 ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000003575	ALCOOL GEL BAC. 5 LTRS	22072019	060	5405	gl	1,000	49,80	0,00	49,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,000	11,90	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000001682	SACO PLAST. VIRGEM 15X20X0.06 C/ 1 KG +/- 550 SC	39232190	000	5102	kg	1,000	15,90	0,00	15,90	15,90	2,86	0,00	18,00	0,00

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/12/19
ASS. *Luís Manoel Silva*

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS: Valor Aproximado dos Tributos R\$: 9,03 Federal, 13,96 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (0C3829).

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100763947173381300000119012

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 10.604

Nosso numero 17115360000763947

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 10/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.190,12

VALOR COBRADO 1.190,12

=====

NR.AUTENTICACAO C.B18.ACF.6BF.A75.671

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 Rioclarense COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO N. SSIFF - JAGUARIUNA - SP CEP 13916-074 - 1935225800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 1 - SAÍDA Nº. 1233922 FL 1 / 2 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3519 1167 7291 7800 0491 5500 1001 2339 2215 2675 4439 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora			
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO			
DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 26/11/2019			
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400			
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		MUNICÍPIO LINS		FONE / FAX 1836591243			
UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 135190884896473 26/11/2019 16:37:23			
FATURA/DUPLICATA		FATURA/DUPLIC.		FATURA/DUPLIC.			
FATURA/DUPLIC.		VENCIMENTO		VALOR			
1233922/1		10/01/2020		1.190,12			
CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS			
1.190,12		151,20		0,00			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			
0,00		0,00		1.190,12			
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO			
0,00		0,00		0,00			
OUTRAS DESPESAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00		0,00		1.190,12			
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT			
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		0 - Por conta do emitente					
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO		UF SP			
QUANTIDADE 5,00		ESPECIE VOLUME(S)		MARCA			
				NUMERO 0,05443			
				PESO BRUTO 17,714			
				PESO LIQUIDO 17,714			
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		CÓDIGO		DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO			
		NCM / SH		CST			
		CFOP		UN			
		QUANT.		VALOR UNITÁRIO			
		VALOR TOTAL		B.CALC. ICMS			
		VALOR ICMS		VALOR IPI			
		ALÍQUOTAS		ICMS IPI			
028215		MEROPENEM 1G (BIOQUÍMICO) (ITEM G		33 Q: 25,0000 F: 30/07/19 V: 30/06/2021			
019015		ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICOG (UNIAO QUÍMICA) L: 1936176 Q: 3,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2022					
021942		FENTANILA, CITRATO 78,5MCG 10ML EQUIVALE (HIPOLABOR) (ITEM G		2021 *** Portaria 344/98 A1			
015423		ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE) L: 191000004		7 Q: 36,0000 F: 30/07/17 V: 30/09/2024			
030568		CLOREXIDINA 1% 100ML (VIC PHARMA) L: M25850 Q: 2		4,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021			
030366		TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290368		Q: 100,0000 F: 10/05/19 V: 09/05/2021			
029394		SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BECTON) L: 9092593 Q: 100,0000		F: 31/03/19 V: 30/03/2021			
CÁLCULO DO ISSQN		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS			
550516029		0,00		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN			
		0,00		VALOR DO ISSQN			
		0,00					
DADOS ADICIONAIS		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO			
		LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 27/11/2019 Pedido: 1510269 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1510269 *** BANCO DO BRASIL - Ag. 5119-5 - C/C 6406-8 - CNPJ 67729178000491 - DEP. INDENTIFICADO COM CNPJ DO ORGAO *** AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00. 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					
		Convenio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa: Custeio					
		AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 27/11/2019 ASS. Adms					



Rioclarenses

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

1

FL 2 / 2



3519 1167 7291 7800 0491 5500 1001 2339 2215 2675 4439

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
135190884896473 26/11/2019 16:37:23

VENDA DENTRO ESTADO

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

395060142110

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
025693	SORO GLICOSADO 5% 100ML S.FECHADO (SANOBIOI) L: 19085028 Q: 80,0000 F: 01/08/19 V: 31/08/2021	30049099	000	5102	BO	80,00	2,264	181,12	181,12	21,73	0,00	12,00	0,00
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio													

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086401660101047181270000165417

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 10.605

DATA DE VENCIMENTO 07/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.654,17

VALOR COBRADO 1.654,17

=====

NR.AUTENTICACAO F.850.5A4.DF2.A5F.0AD

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 388325
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
131193498320517 26/11/2019 16:06:28

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
131193498320517 26/11/2019 16:06:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
26/11/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

26 NOV 2019

FATURA / DUPLICATA

001 07/01/2020 1.654,17

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
1.654,17	197,36	0,00	0,00	1.654,17
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.654,17

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

9,25

PESO LÍQUIDO

9,25

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26077	LUFBEM GTS MORANGO 10ML -NATULAB LT 117208 (10)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: 117208, Qtde: 10 ,Data Fab: 10/10/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	6108	FR	10	0,9500	9,50	9,50	1,14		12,00	
9892	FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-HYPOFARMA LT 19101047 (1)10/21 (Fornecedor: 131, Lo- te: 19101047, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/20- 19, Data Val: 31/10/2021)	30049076	000	6108	CX	1	47,0000	47,00	47,00	5,64		12,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLA- BOR LT AB07119 (3)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: AB07119, Qtde: 3 ,Data Fab: 11/09/2- 019, Data Val: 31/07/2021)	30049099	000	6108	CX	3	82,7100	248,13	248,13	29,78		12,00	
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA- FARMA LT 78NA0177 (2)01/21 (Forneco- dor: 1901, Lote: 78NA0177, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/01/2021)	30041019	000	6108	CX	2	473,0000	946,00	946,00	113,52		12,00	
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO- LABOR (PORT.344/98) LT AP06919 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: AP06919, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/05/20- 21)	30049099	000	6108	CX	1	274,3200	274,32	274,32	32,92		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

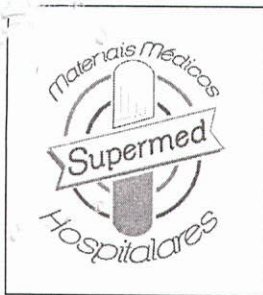
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# r 15 b 9...
ITEM 10 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 100,41
Pedido: 358341
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - 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
1604131434122200000007304445.
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL
PELA VENDA NA EMPRESA.
Rota.....: 3 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/11/19
ASS. *Anderson*

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 388325
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 1111 2060 9900 0107 5500 1000 3883 2510 0013 7261

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

131193498320517 26/11/2019 16:06:28

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

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
23293	DIPIRONA(SANTIDOR) 1G 10- 0AMP 2ML IM/IV-SANTISA LT 11521019 (1)09/- 21 (Fornecedor: 931, Lote: 11521019, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/- 2021)	30039099	000	6108	CX	1	52,9400	52,94	52,94	6,35		12,00	
7880	DIMORF(A1) 10MG 50CP-CRISTALIA (PORT.344/- 98) LT 19070327 (1)07/21 (Fornecedor: 727, Lote: 19070327, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/- 2019, Data Val: 30/07/2021)	30044990	000	6108	CX	1	30,4600	30,46	30,46	3,66		12,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/- 98) LT 19010176 (1)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19010176, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/07/- 2019, Data Val: 31/01/2021)	30049039	000	6108	CX	1	13,7800	13,78	13,78	1,65		12,00	
12799	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-NEVE LT 247 (2)05/24 (Fornecedor: 2444, Lote: 247, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 01/05/2024)	30059090	000	6108	PCT	2	8,8950	17,79	17,79	2,13		12,00	
13429	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SOLIDOR LT 52218031 (3)03/23 (Fornecedor: 4, Lote: 52218031, Qtde: 3 ,Data Fab: 29/08/2019, Data Val: 02/03/2023)	90183219	200	6108	CX	3	4,7500	14,25	14,25	0,57		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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000086401661001048981270000063459

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 10.606

DATA DE VENCIMENTO 07/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 634,59

VALOR COBRADO 634,59

=====

NR. AUTENTICACAO B.64F.CEF.D48.44A.DCB

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 391457
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
131193509286288 03/12/2019 23:43:40

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
131193509286288 03/12/2019 23:43:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
03/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
04 DEZ 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 07/01/2020 634,59

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
634,59	76,15	0,00	0,00	634,59
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				634,59

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE
4

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

17,96

PESO LÍQUIDO

17,96

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
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SRI5-819MM (2)08/24 SRI5919MM (1)09/24 (Fornecedor: 1925, Lote: SRI5819MM, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024 / Fornecedor: 1925, Lote: SRI5919MM, Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/04/20-24)	40151900	000	6108	CX	3	163,0500	489,15	489,15	58,70		12,00	
12096	CLOR.RANITIDINA 50MG 100AMP 2ML GEN-FARMA-CE LT RA19G073 (1)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: RA19G073, Qtde: 1, Data Fab: 09/09/-2019, Data Val: 31/07/2021)	30039099	000	6108	CX	1	145,4400	145,44	145,44	17,45		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 38,08

Pedido: 361445

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

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG

16041314341222200000007304445.

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

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

PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota....: 3 Cubagem: 0,05

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/12/2019
ASS. *Wais maromi*
Silva

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.15
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 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\$ 100,00
DEBITO EM: 06/01/2020

=====

DOCUMENTO: 010607
AUTENTICACAO SISBB: D.E5C.B61.BA5.94C.03E

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 000.000.464 SÉRIE: 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME RUA PRESIDENTE VARGAS 788 CENTRO - CEP 16980000 GUARACAI - SP Fone/Fax: 1837051758	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica	
	Saída: 1 Entrada: 0	CHAVE DE ACESSO
	Nº 000.000.464 SÉRIE: 0	3519 1102 0450 3600 0117 5500 0000 0004 6411 4263 7011
	Página 1 de 1	Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190838671527 11/11/2019 08:30:14	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 326062600110	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ 02045036000117

DESTINATÁRIO/REMETENTE		DATA DA EMISSÃO 11/11/2019
NOME/RAZÃO SOCIAL 1299 - ASSOC. HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	CNPJ/CPF 45349461000102	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 11/11/2019
ENDEREÇO AV. JOSE ARIANO RODRIGUES 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400400
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 08:30:27

FATURA 001 30/11/2019 71,00

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 71,00
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 71,00	
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 LÍQUIDO	

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
7897042005185	SH SKALA HIDRO NUTRITIVO PLUS (L) Val Aprox Tributos R\$ 2,51 (38,55%) Fonte:	33051000	0500	5405	UN	1	6,50	0,00	6,50	0,00	0,00	0,00		
7897042004898	COND SKALA HIDRO NUTRITIVO (L) Val Aprox Tributos R\$ 3,33 (51,18%) Fonte:	33059000	0500	5405	UN	1	6,50	0,00	6,50	0,00	0,00	0,00		
7897042005222	LOCAO HIDRAT SKALA ROSAS (L) Val Aprox Tributos R\$ 8,94 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	4	5,80	0,00	23,20	0,00	0,00	0,00		
7897042008735	LOCAO HIDRAT SKALA LAVANDA (L) Val Aprox Tributos R\$ 8,94 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	4	5,80	0,00	23,20	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		

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

06/01/2019
211

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Número do Protocolo: 135190838671527 Trib aprox R\$: 28,19 Fed 0,00 Est 0,00 Mun Fonte: Tributos Totais Incidentes (Lei Fed 12.741/2012): R\$ 28,19 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL D E IPI. ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS	ASS. AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 11/11/2019 10my

RECEBEMOS DE VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.461 SÉRIE: 0
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME RUA PRESIDENTE VARGAS 788 CENTRO - CEP 16980000 GUARACAI - SP Fone/Fax: 1837051758	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica Saída: 1 Entrada: 0	 CHAVE DE ACESSO 3519 1102 0450 3600 0117 5500 0000 0004 6113 1258 2296
	Nº 000.000.461 SÉRIE: 0 Página 1 de 1	Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190816076314 01/11/2019 18:07:42	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 326062600110	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 02045036000117

DESTINATÁRIO/REMETENTE		DATA DA EMISSÃO 01/11/2019
NOME/RAZÃO SOCIAL 1299 - ASSOC. HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	CNPJ/CPF 45349461000102	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 01/11/2019
ENDEREÇO AV. JOSE ARIANO RODRIGUES 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400400
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA 18:07:45

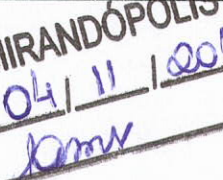
FATURA
001 30/11/2019 29,00

CÁLCULO DO IMPOSTO				
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 29,00
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 29,00				

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 LÍQUIDO

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\$ 2,24 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	1	5,80	0,00	5,80	0,00	0,00	0,00		
7897042005833	LOCAO HIDRAT SKALA PROT LEITE (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		
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		

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Número do Protocolo: 135190816076314 Trib aprom R\$: 11,18 Fed 0,00 Est 0,00 Mun Fonte: Tributos Totais Incidentes (Lei Fed 12.741/2012): R\$ 11,18 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	ASS.  RECEBIDO 04/11/2019 AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:15
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613576544073347800001526110481300000174550

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 10.608

NOSSO NUMERO 6135654407

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 10/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.745,50

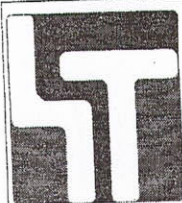
VALOR COBRADO 1.745,50

=====

NR.AUTENTICACAO 4.BB2.33D.722.59C.D0A

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

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000226636 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	



Samtronic Industria e Comercio Ltda
Rua Venda da Esperanca, 162
Sorocoro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 551122447751

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA
N. 000226636
SÉRIE 1
FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3519 1258 4266 2800 0133 5500 1000 2266 3611 0008 3331

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 135190940306273 11/12/2019 14:29:16-03:00
--	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 112068380115	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ 58.426.628/0001-33
------------------------------------	--------------------------------	----------------------------

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03 MUNICÍPIO LINS	CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02 CEP 16400-400 BAIRRO/DISTRITO CENTRO UF SP	DATA DE EMISSÃO 11/12/2019 DATA ENTRADA/SAÍDA HORA ENTRADA/SAÍDA
---	---	---

FATURA 001 10/01/2020 1.745,50	002 09/02/2020 1.745,50
---	-------------------------------

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 3.491,00	
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 3.491,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS RAZÃO SOCIAL BRASPRESS TRANSPORTE URGENTE ENDEREÇO RUA JUSSARA	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE CÓDIGO ANT PLACA DO VEÍCULO UF SP	CNPJ/CPF 48.740.351/0082-20 INSCRIÇÃO ESTADUAL 206233560117			
QUANTIDADE 4	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 9,720	PESO LÍQUIDO 8,500

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO		NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
COD. PROD EE902300	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV. EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): A0019902334416008 - Val idade: 31/08/2022	90189099	040	5101	UN	100,0000	16,96000000	1.696,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): SET19900313619008 - Val idade: 30/09/2022	90189099	040	5101	UN	100,0000	17,95000000	1.795,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

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

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

CALCULO DO ISSQN INSCRIÇÃO MUNICIPAL 94911827	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 135190940306273 ENTREGA ENTREGA Dr Raul da Cunha Bueno n585 Mirandópolis - SP - CEP 16800-000 ALÍQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULAÇÃO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENÇÃO DE ICMS CONFORME item 54 do Convênio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALÍQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereço de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDÓPOLIS, - *** Pedido de Venda: 440821 *** Cotação Numero: 4817 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1120,27 (32,09%).	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 13/12/19 ASS. <u>Rodris</u> 06/01 211
--	--

07/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:51:25
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	07/01/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	355.225,30

***** TRANSFERIDO PARA:

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

=====

NR. AUTENTICACAO	4.FAE.F51.9BE.043.92A
------------------	-----------------------

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.15
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	85800000107-7	66610179200-0
	10763605084-3	53494610008-6
Data do pagamento		07/01/2020
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		12/2019
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		07/01/2020
VALOR DEPOSITO		10.766,61
Valor Total		10.766,61

DOCUMENTO: 010701
AUTENTICACAO SISBB: 9.BBE.37D.ABA.9D4.4D6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 06/01/2020 - 12:47:05

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 134.582,64	06-QTDE TRABALHADORES 44	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 12/2019	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 10.766,61	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 10.766,61
---	---------------------	----------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2020

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/01/2020 - 12:47:05

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 134.582,64	06-QTDE TRABALHADORES 44	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 12/2019	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 10.766,61	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 10.766,61
---	---------------------	----------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2020

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

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



07/01/2020
211

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 38.0 (16/01/2019)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2020
HORA: 12:47:05
PÁG : 0001/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2019 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: PAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD	MOVIMENTAÇÃO	CEO
REM SEM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA				DEPÓSITO	JAM	
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01			03222	
1.841,27	927,75	0,31	165,73			221,53	0,00	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01			02235	
4.661,97	1.621,05	0,00	512,81			502,65	0,00	
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN		133.59258.89-3	04/10/2017	01			02235	
4.054,98	1.714,73	51,80	451,74			461,57	0,00	
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA		180.90148.36-6	04/10/2017	01			03222	
1.597,31	809,08	0,00	127,78			192,51	0,00	
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		125.41159.51-1	04/10/2017	01			03222	
1.861,60	920,34	3,70	167,87			222,56	0,00	
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		160.99087.56-8	23/07/2018	01			03222	
1.861,60	905,52	7,21	168,18			221,36	0,00	
BIANCA CAETANO COSTA		128.98626.17-3	17/01/2018	01			02235	
3.132,83	1.411,80	21,57	346,55			363,58	0,00	
BRUNA BERALDO FERRANTE		209.83236.77-6	20/12/2019	01			02235	
1.007,61	0,00	0,00	80,60			80,60	0,00	
CAMILA DONATO INNOCENCIO		207.73635.06-2	04/10/2017	01		15/07/2018	P1	
0,00	0,00	0,00	0,00			0,00	0,00	
CAMILA DONATO INNOCENCIO		207.73635.06-2	04/10/2017	01		30/12/2019	Z5	
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		02/12/2019	P3	
1.841,27	934,56	0,00	165,71			222,07	0,00	
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		03/12/2019	Z5	
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		26/12/2019	P3	
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01			03222	
1.597,31	599,81	0,00	127,78			175,77	0,00	
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01			03222	
1.820,96	616,94	0,00	163,88			195,04	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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 38.0 (16/01/2019)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2020
HORA: 12:47:05
PÁG: 0002/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2019 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13º SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13º SAL	REM 13º SAL	BASE CÁL 13º SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
DEBORA CRISTINA LOCHE		203.38786.55-9	04/10/2017	01			04110
1.651,05	817,58	3,56	132,36			197,49	0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01			03222
1.861,60	927,87	2,73	167,78			223,15	0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01			03222
1.880,51	929,20	4,34	169,63			224,78	0,00
EDILENE MANOEL		209.15153.56-9	04/10/2017	01			03222
1.597,31	798,65	0,00	127,78			191,67	0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES		126.22542.14-5	04/10/2017	01			03222
1.617,64	813,74	0,48	129,45			194,52	0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01			03222
1.617,64	811,75	0,93	129,49			194,36	0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS		207.86720.36-5	04/10/2017	01			04110
1.425,75	720,91	0,00	114,06			171,73	0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA		169.20547.00-8	04/10/2017	01			04110
1.408,42	712,79	0,00	112,67			169,69	0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01			03222
1.820,94	920,07	0,00	163,88			219,29	0,00
JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA		206.75977.19-8	12/06/2018	01			02236
2.853,82	1.416,79	1,09	256,93			341,64	0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA		164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.947,33	811,65	0,00	175,25			220,71	0,00
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01			02234
3.248,01	1.089,69	0,00	357,28			347,02	0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01			03222
1.597,31	807,50	0,00	127,78			192,38	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS		163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
1.820,94	919,46	0,01	163,89			219,23	0,00
LUIS FERNANDO BETONI		204.92499.89-0	04/10/2017	01			02236
2.776,62	1.274,18	0,04	249,90			324,06	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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 38.0 (16/01/2019)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2020
HORA: 12:47:05
PÁG: 0003/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE: "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2019 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CEO JAM
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		203.30629.68-3		04/10/2017	01			03222
1.597,31	809,48	0,00		127,78			192,54	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI		204.89256.27-3		04/10/2017	01		03/12/2019 P3	04110
1.441,93	742,02	0,00		115,35			174,71	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI		204.89256.27-3		04/10/2017	01		06/12/2019 Z5	04110
NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE		236.44631.30-8		04/10/2017	01			02236
2.805,23	1.426,22	0,00		252,47			338,51	0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA		204.97661.73-4		25/01/2019	01			03222
1.597,31	753,44	0,00		127,78			188,06	0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3		04/10/2017	01		17/12/2019 P1	02235
2.896,28	1.510,71	0,00		260,66			352,55	0,00
NILZA PEREIRA GARCIA		125.26345.98-9		11/12/2019	04			02235
376,23	0,00	0,00		30,09			30,10	0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA		190.47976.86-2		04/10/2017	01			03222
1.841,27	930,68	0,00		165,71			221,75	0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		236.45761.69-8		04/10/2017	01			03222
2.078,84	806,29	0,00		187,09			230,81	0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA		127.24425.16-4		04/10/2017	01			02235
2.859,21	1.532,19	0,00		257,32			351,32	0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		126.82653.15-6		04/10/2017	01			04110
1.599,06	816,66	0,00		127,92			193,26	0,00
RICARDO DE CARVALHO		125.51156.27-2		04/10/2017	01			03222
1.881,93	931,49	3,61		169,70			225,08	0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA		116.26217.35-6		17/09/2019	01			03222
1.797,68	228,79	13,85		162,89			162,12	0,00
SONIA MARIA RIZZO		120.98824.43-4		04/10/2017	01			03222
1.597,31	809,99	0,00		127,78			192,59	0,00
TANIA MARA BARRETO		121.37609.31-4		05/07/2019	01			03222
1.597,31	266,21	0,00		127,78			149,09	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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 38.0 (16/01/2019)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2020
HORA: 12:47:05
PÁG: 0004/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE: "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 12/2019 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
THAIS BOARETO DA SILVA		134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
4.678,13	2.093,39	6,02	515,25			541,72	0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ		190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
1.597,32	467,47	0,00	127,78			165,18	0,00
VIVIANE LIE YOKOYAMA		125.93226.14-7	04/10/2017	01			02236
3.348,01	1.659,83	4,55	368,78			400,63	0,00
WILLIAN SOUZA SALADINI		158.61320.19-9	02/05/2018	01			02236
3.028,06	1.542,35	0,00	333,08			365,63	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR							
93.022,02	41.560,62	125,80	8.641,97			10.766,61	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: Custo

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 38.0 (16/01/2019)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2020
HORA: 12:47:05
PÁG: 0005/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: Llapaut4MqQ00000-5 N° ARQUIVO: OHCCaPHEAtM00000-5
COMP: 12/2019 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13*	REMUNERAÇÃO 13*	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13* PREV SOC
01	43	92.645,79	41.560,62	92.645,79	125,80
04	1	376,23	0,00	376,23	0,00
TOTAIS:	44	93.022,02	41.560,62	93.022,02	125,80

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 38.0 (16/01/2019)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/01/2020
HORA: 12:47:05
PÁG: 0006/0007

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
FGTS

858000001077 666101792000 107636050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: Llapaut4MqQ0000-5 N° ARQUIVO: OHCCaPHEatM0000-5
COMP: 12/2019 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

MODALIDADE : "Branco"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	93.022,02
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	41.560,62
QUANTIDADE TRABALHADORES	44

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/01/2020

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
10.766,61	0,00	0,00	0,00	10.766,61

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 38.0 (16/01/2019)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MP

DATA: 06/01/2020
HORA: 12:47:05
PÁG : 0007/0007

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		Nº DE CONTROLE: Llapaut4MqQ0000-5		Nº ARQUIVO: OHCCaPHEatM0000-5	
COMP: 12/2019	COD REC: 115	COD GPS: 2305	FPAS: 639	OUTRAS ENT: SIMPLES: 1	RAT: 2.0
TOMADOR/OBRA:				INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89	
				FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00	
				INSCRIÇÃO:	
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326		BAIRRO: CENTRO		CNAE PREPONDERANTE: 8610102	
CIDADE: MIRANDOPOLIS		UF: SP	CEP: 17230-000	TELEFONE: 0011 3905 6104	CNAE: 8610102
VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP: 8.638.14 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 8.641.97					
SALÁRIO FAMÍLIA:		0.00		RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO: 0.00	
SALÁRIO MATERNIDADE:		0.00		PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA: 100.00	
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:		0.00		13º SALÁRIO MATERNIDADE: 0.00	
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:		0.00		COM PRODUÇÃO PJ: 0.00	
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:		0.00		COM PRODUÇÃO PF: 0.00	
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:		0.00		VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR: 0.00	
COMPENSAÇÃO					
PERÍODO INICIAL: 13/2019		PERÍODO FINAL: 13/2019		VALOR SOLICITADO: 3.83	
VALOR ABATIDO: 3.83		VALOR A COMPENSAR:		0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00	
RETENÇÃO (LEI 9.711/98)					
VALOR INFORMADO: 0.00		VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00		VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00	
BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA					
15 ANOS: 0.00		20 ANOS: 4.684.15		25 ANOS: 0.00	
QUANTIDADE: 0		QUANTIDADE: 1		QUANTIDADE: 0	

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0 I1:	0 I2:	0 I3:	0 I4:	0 J :	0 K :	0 L :	0 M :	0 N1:	0
N2:	0 N3:	0 O1:	0 O2:	0 O3:	0 P1:	2 P2:	0 P3:	3 Q1:	0 Q2:	0
Q3:	0 Q4:	0 Q5:	0 Q6:	0 R :	0 S2:	0 S3:	0 U1:	0 U2:	0 U3:	0
V3:	0 W :	0 X :	0 Y :	0 Z1:	0 Z2:	0 Z3:	0 Z4:	0 Z5:	3 Z6:	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

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.675,85
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	610,16
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	3.461,59
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.413,53
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.669,43
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.700,63
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.452,64
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	927,01
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.675,56
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.455,53
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	1.657,08
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.522,25
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	1.682,55
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.715,22
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.469,53
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.432,67
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.419,08
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANI	379.629.418-98	1.311,69
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.253,75
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.657,06
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	393.118.558-39	2.545,94
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	532,98
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.830,94
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FER	427.001.668-09	1.441,53
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.657,06
2142	LUIS FERNANDO BETONI	375.492.158-47	2.466,06
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	2.504,10
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.455,53
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLT	394.946.148-52	2.580,75
2871	NILZA PEREIRA GARCIA	248.399.098-30	346,14
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.675,56
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.549,55
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.471,14
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.715,84
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.620,64
2159	SONIA MARIA RIZZO	101.480.718-21	1.441,53
2815	TANIA MARA BARRETO	648.129.879-20	1.469,53
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	3.867,43
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.413,54
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	259.873.048-81	2.917,01
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	408.930.248-05	2.635,66
Empregados: 43			
Estagiários: 0			
Contribuintes: 0			
Total da Empresa:			76.097,38

MIRANDOPOLIS, 03/01/2020

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

Cargos: 11

EXTRATO MENSAL

Empr.:	2428 JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Situação: Trabalhando	CPF: 393.118.558-39	PIS:	206.75977.19-8
Cargo:	11 FISIOTERAPEUTA	Vínculo: Celetista	Adm: 12/06/2018	CTPS/Série:	025949/00370
CC:	900	Depto: 600	Filial: 1	Salário:	2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,00	256,84 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,09 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,09 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	51,97 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	15,57	105,81 P	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50	0,07 D

ND: 0	Proventos:	2.854,91	Descontos:	308,97	Informativa:	228,38	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.545,94
NF: 0	Base INSS:	2.854,91	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.854,91	Valor FGTS:	228,38	Base IRRF:	2.597,98

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	30,00	2.548,41 P	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00	14,00 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,04 P	998 I.N.S.S.	9,00	249,89 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,01 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	4,21	28,61 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	46,70 D

ND: 0	Proventos:	2.776,66	Descontos:	310,60	Informativa:	222,12	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.466,06
NF: 0	Base INSS:	2.776,66	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.776,66	Valor FGTS:	222,12	Base IRRF:	2.526,76

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	252,47 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	48,66 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,42	57,22 P			

ND: 0	Proventos:	2.805,23	Descontos:	301,13	Informativa:	224,41	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.504,10
NF: 0	Base INSS:	2.805,23	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.805,23	Valor FGTS:	224,41	Base IRRF:	2.552,76

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
8182 DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	4,55 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00	0,50 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	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50	0,31 D

ND: 1	Proventos:	3.352,56	Descontos:	435,55	Informativa:	268,20	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.917,01
NF: 1	Base INSS:	3.352,56	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.352,56	Valor FGTS:	268,20	Base IRRF:	2.794,19

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	333,08 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	59,32 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	41,21	280,05 P			

ND: 0	Proventos:	3.028,06	Descontos:	392,40	Informativa:	242,24	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.635,66
NF: 0	Base INSS:	3.028,06	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.028,06	Valor FGTS:	242,24	Base IRRF:	2.694,98

Total Geral Proventos:	14.817,42	Total Geral Descontos:	1.748,65
		Líquido Geral:	13.068,77

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: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 12/2019

Página: 2/2
Emissão: 15/01/2020
Horas: 08:50:10

Cargos: 11

EXTRATO MENSAL

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	100,00	998,00 P	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00	14,00 D
27 ADICIONAL RT	600,00	600,00 P	998 I.N.S.S.	49,00	1.460,56 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	69,41	471,69 P	999 IMPOSTO DE RENDA	37,50	273,11 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	1,13 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	29,00	0,60 D
8182 DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	4,55 P	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00	0,38 D
8781 DIAS NORMAIS	150,00	12.742,05 P			

Líquido Geral: 13.068,77

Situações

Número de empregados:	5	Salário contribuição empregados:	14.817,42	Base IRRF Mensal:	13.161,59
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	273,11
Trabalhando:	5	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	14.817,42	Valor IRRF Férias:	0,00
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	1.461,16	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	0	Sub-Total:	1.461,16	Base IRRF 13º Salário:	5,08
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,38
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	0,00	Valor Total do IRRF:	273,49
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	0	Outras Compensações:	3,83	Base do FGTS:	14.817,42
Mandato sindical:	0	Total:	1.457,33	Valor do FGTS:	1.185,35
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	1.457,33	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	0			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00

Líquido Geral: 13.068,77

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo 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

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 12/2019

Página: 1/11
Emissão: 03/01/2020
Horas: 16:46:54

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	165,71 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	0,31 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,02 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P			

ND: 1 Proventos: 1.841,58 Descontos: 165,73 Informativa: 147,32 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.675,85
 NF: 1 Base INSS: 1.841,58 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.841,58 Valor FGTS: 147,32 Base IRRF: 1.486,26

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	2,00	169,89 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.392,38 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	105,68 P	812 INSS FERIAS	11,00	437,40 D
150 HORAS EXTRAS	11,28	211,35 P	821 INSS DIFERENÇA FERIAS	11,00	20,57 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	15,24	15,24 P	998 I.N.S.S.	8,00	54,84 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	402,25	402,25 P	942 IRRF FERIAS	15,00	146,62 D
807 VANTAGENS FERIAS	186,29	186,29 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	994,10 P			
8783 DIAS FERIAS	28,00	2.378,52 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,31 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34 P			

ND: 2 Proventos: 4.661,97 Descontos: 4.051,81 Informativa: 372,95 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 610,16
 NF: 2 Base INSS: 4.661,97 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.661,97 Valor FGTS: 372,95 Base IRRF: 230,98
 FERIAS DE 04/12/2019 - 02/01/2020

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	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	11,00	446,04 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	145,74 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00	5,70 D
150 HORAS EXTRAS	32,41	607,25 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	186,54 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	51,80 P	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00	6,91 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	119,56	553,98 P			

ND: 0 Proventos: 4.106,78 Descontos: 645,19 Informativa: 328,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.461,59
 NF: 0 Base INSS: 4.106,78 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.106,78 Valor FGTS: 328,53 Base IRRF: 3.655,04

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	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00	56,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	998 I.N.S.S.	8,00	127,78 D

ND: 2 Proventos: 1.597,31 Descontos: 183,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.413,53
 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: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 12/2019

Página: 2/11
Emissão: 03/01/2020
Horas: 16:46:54

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	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00	28,00 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,70 P	998 I.N.S.S.	9,00	167,54 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,33 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P			

ND: 0 Proventos: 1.865,30 Descontos: 195,87 Informativa: 149,21 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.669,43
NF: 0 Base INSS: 1.865,30 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.865,30 Valor FGTS: 149,21 Base IRRF: 1.697,43

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: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	9,00	167,54 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	7,21 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,64 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P			

ND: 3 Proventos: 1.868,81 Descontos: 168,18 Informativa: 149,49 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.700,63
NF: 0 Base INSS: 1.868,81 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.868,81 Valor FGTS: 149,49 Base IRRF: 1.131,86

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	27,00	2.293,57 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	315,50 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,74 P	812 INSS FERIAS	11,00	40,31 D
150 HORAS EXTRAS	11,23	210,41 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	11,00	55,33 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	17,74 P	998 I.N.S.S.	9,00	248,97 D
8382 DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE	0,00	3,83 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	1,94 D
807 VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96 P	942 IRRF FERIAS	15,00	10,59 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	91,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	27,64 D
8783 DIAS FERIAS	3,00	254,84 P	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50	1,48 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07 P			

ND: 1 Proventos: 3.154,40 Descontos: 701,76 Informativa: 252,34 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.452,64
NF: 1 Base INSS: 3.154,40 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.154,40 Valor FGTS: 252,34 Base IRRF: 2.292,17

FERIAS DE 04/11/2019 - 03/12/2019

Empr.: 2977 BRUNA BERALDO FERRANTE Situação: Trabalhando CPF: 368.501.738-12 PIS: 209.83236.77-6
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista prazo determinado Adm: 20/12/2019 CTPS/Série: 072644/00315
CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	11,00	934,42 P	998 I.N.S.S.	8,00	80,60 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	73,19 P			

ND: 0 Proventos: 1.007,61 Descontos: 80,60 Informativa: 80,60 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 927,01
NF: 0 Base INSS: 1.007,61 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.007,61 Valor FGTS: 80,60 Base IRRF: 927,01

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/DOENÇA)	30,00	2.548,41 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.748,01 D
8013 INSALUB 20% DOENÇA	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

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

Empregados

EXTRATO MENSAL

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	24,00	1.118,17 P	998	I.N.S.S.	9,00	165,71 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	6,00	279,54 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	159,68 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	39,92 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

ND:	1	Proventos:	1.841,27	Descontos:	165,71	Informativa:	147,30	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.675,56
NF:	1	Base INSS:	1.841,27	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.841,27	Valor FGTS:	147,30	Base IRRF:	1.485,97

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/12/2019 a 03/12/2019
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 27/12/2019 a 10/01/2020

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	320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00	14,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D

ND:	1	Proventos:	1.597,31	Descontos:	141,78	Informativa:	127,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.455,53
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	163,88 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,64 P				

ND:	0	Proventos:	1.820,96	Descontos:	163,88	Informativa:	145,67	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.657,08
NF:	0	Base INSS:	1.820,96	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.820,96	Valor FGTS:	145,67	Base IRRF:	1.657,08

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	132,08 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	3,56 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00	0,28 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96 P				

ND:	0	Proventos:	1.654,61	Descontos:	132,36	Informativa:	132,36	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.522,25
NF:	0	Base INSS:	1.654,61	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.654,61	Valor FGTS:	132,36	Base IRRF:	1.522,25

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	30,00	1.397,71 P	320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00	14,00 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	2,73 P	998	I.N.S.S.	9,00	167,54 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,24 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND:	2	Proventos:	1.864,33	Descontos:	181,78	Informativa:	149,13	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.682,55
NF:	1	Base INSS:	1.864,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.864,33	Valor FGTS:	149,13	Base IRRF:	1.317,37

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Página:	4/11
CNPJ:	45.349.461/0008-89	Emissão:	03/01/2020
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	16:46:54
Competência:	12/2019		

Empregados

EXTRATO MENSAL

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	169,24 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	4,34 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,39 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	111,44	283,20 P			

ND: 0	Proventos:	1.884,85	Descontos:	169,63	Informativa:	150,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.715,22
NF: 0	Base INSS:	1.884,85	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.884,85	Valor FGTS:	150,78	Base IRRF:	1.715,22

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

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:	Celetista	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	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00	56,00 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	0,48 P	998 I.N.S.S.	8,00	129,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00	0,04 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P			

ND: 0	Proventos:	1.618,12	Descontos:	185,45	Informativa:	129,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.432,67
NF: 0	Base INSS:	1.618,12	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.618,12	Valor FGTS:	129,44	Base IRRF:	1.488,67

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	70,00	70,00 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	0,93 P	998 I.N.S.S.	8,00	129,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00	0,08 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P			

ND: 2	Proventos:	1.618,57	Descontos:	199,49	Informativa:	129,48	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.419,08
NF: 2	Base INSS:	1.618,57	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.618,57	Valor FGTS:	129,48	Base IRRF:	1.109,90

Empr.:	2127 ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	Situação:	Trabalhando	CPF:	379.629.418-98	PIS:	207.86720.36-5
Cargo:	300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	43592/00315
CC:	900	Depto:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

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:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Página:	5/11
CNPJ:	45.349.461/0008-89	Emissão:	03/01/2020
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	16:46:54
Competência:	12/2019		

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empr.:	2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA	Situação:	Trabalhando	CPF:	095.493.888-75	PIS:	169.20547.00-8
Cargo:	300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	21909/00115
CC:	900	Depto:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	42,00	42,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	998 I.N.S.S.	8,00	112,67 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P			

ND:	0	Proventos:	1.408,42	Descontos:	154,67	Informativa:	112,67	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.253,75
NF:	0	Base INSS:	1.408,42	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.408,42	Valor FGTS:	112,67	Base IRRF:	1.295,75

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	163,88 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63 P			

ND:	2	Proventos:	1.820,94	Descontos:	163,88	Informativa:	145,67	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.657,06
NF:	1	Base INSS:	1.820,94	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.820,94	Valor FGTS:	145,67	Base IRRF:	1.277,88

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	256,84 D
8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	1,09 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,09 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	51,97 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	15,57	105,81 P	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50	0,07 D

ND:	0	Proventos:	2.854,91	Descontos:	308,97	Informativa:	228,38	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.545,94
NF:	0	Base INSS:	2.854,91	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.854,91	Valor FGTS:	228,38	Base IRRF:	2.597,98

Empr.:	2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	Situação:	Trabalhando	CPF:	389.267.668-29	PIS:	164.11866.81-4
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	64640/00315
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	11,00	512,49 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.239,10 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	9,61	9,61 P	812 INSS FERIAS	9,00	122,55 D
807 VANTAGENS FERIAS	126,41	126,41 P	821 INSS DIFERENÇA FERIAS	9,00	5,85 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	340,41 P	998 I.N.S.S.	8,00	46,85 D
8783 DIAS FERIAS	19,00	885,22 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	73,19 P			

ND:	0	Proventos:	1.947,33	Descontos:	1.414,35	Informativa:	155,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	532,98
NF:	0	Base INSS:	1.947,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.947,33	Valor FGTS:	155,78	Base IRRF:	532,98

FERIAS DE 20/11/2019 - 19/12/2019

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
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	59,79 D
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P			

ND:	1	Proventos:	3.248,01	Descontos:	417,07	Informativa:	259,84	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.830,94
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

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

Empregados

EXTRATO MENSAL

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	320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00	28,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	998	I.N.S.S.	8,00	127,78 D

ND:	0	Proventos:	1.597,31	Descontos:	155,78	Informativa:	127,78	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.441,53
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.:	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	163,88 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,01 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,01 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63 P				

ND:	0	Proventos:	1.820,95	Descontos:	163,89	Informativa:	145,67	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.657,06
NF:	0	Base INSS:	1.820,95	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.820,95	Valor FGTS:	145,67	Base IRRF:	1.657,06

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	30,00	2.548,41 P	320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00	14,00 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,04 P	998	I.N.S.S.	9,00	249,89 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,01 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	4,21	28,61 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	46,70 D

ND:	0	Proventos:	2.776,66	Descontos:	310,60	Informativa:	222,12	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.466,06
NF:	0	Base INSS:	2.776,66	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.776,66	Valor FGTS:	222,12	Base IRRF:	2.526,76

Empr.:	2149 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	Situação:	Trabalhando	CPF:	427.566.218-03	PIS:	203.30629.68-3
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	019982/00370
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

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.:	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	27,00	1.118,10 P	998	I.N.S.S.	8,00	115,35 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	3,00	124,23 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	19,96 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

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 04/12/2019 a 06/12/2019

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

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 12/2019

Página: 7/11
Emissão: 03/01/2020
Horas: 16:46:54

Empregados

EXTRATO MENSAL

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	252,47 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	48,66 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,42	57,22 P			

ND: 0 Proventos: 2.805,23 Descontos: 301,13 Informativa: 224,41 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.504,10
 NF: 0 Base INSS: 2.805,23 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.805,23 Valor FGTS: 224,41 Base IRRF: 2.552,76

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	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00	14,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	998 I.N.S.S.	8,00	127,78 D

ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 141,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.455,53
 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	16,00	1.359,15 P	998 I.N.S.S.	9,00	260,66 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	14,00	1.189,26 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	54,87 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	106,45 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	93,15 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27 P			

ND: 0 Proventos: 2.896,28 Descontos: 315,53 Informativa: 231,70 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.580,75
 NF: 0 Base INSS: 2.896,28 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.896,28 Valor FGTS: 231,70 Base IRRF: 2.635,62
 Doença período superior a 15 dias: 18/12/2019 a 15/02/2020

Empr.: 2871 NILZA PEREIRA GARCIA Situação: Trabalhando CPF: 248.399.098-30 PIS: 125.26345.98-9
 Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Contrato Intermitente Adm: 11/12/2019 CTPS/Série: 043623/154
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 11,59

9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	22,00	254,98 P	998 I.N.S.S.	8,00	30,09 D
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	60,00 P			
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	26,25 P			
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	26,25 P			
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	8,75 P			

ND: 0 Proventos: 376,23 Descontos: 30,09 Informativa: 30,09 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 346,14
 NF: 0 Base INSS: 376,23 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 376,23 Valor FGTS: 30,09 Base IRRF: 346,14

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	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

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Página:	8/11
CNPJ:	45.349.461/0008-89	Emissão:	03/01/2020
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	16:46:54
Competência:	12/2019		

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	1,00	46,59 P	320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00	28,00 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	13,53	13,53 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.891,75 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	1,53	1,53 P	812	INSS FERIAS	9,00	187,09 D
807 VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95 P	8792	DIAS FALTAS	1,00	46,59 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	519,71 P				
8783 DIAS FERIAS	29,00	1.351,12 P				
990 ESTOURO DO MES	0,00	28,00 P				

ND: 1	Proventos:	2.153,43	Descontos:	2.153,43	Informativa:	166,31	Informativa Dedutora:	0,01	Líquido:	0,00
NF: 1	Base INSS:	2.078,84	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.078,84	Valor FGTS:	166,30	Base IRRF:	0,00

FERIAS DE 03/12/2019 - 01/01/2020

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	257,32 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	52,34 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	111,20 P				

ND: 0	Proventos:	2.859,21	Descontos:	309,66	Informativa:	228,73	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.549,55
NF: 0	Base INSS:	2.859,21	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.859,21	Valor FGTS:	228,73	Base IRRF:	2.601,89

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	127,92 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	207,97 P				

ND: 1	Proventos:	1.599,06	Descontos:	127,92	Informativa:	127,92	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.471,14
NF: 1	Base INSS:	1.599,06	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.599,06	Valor FGTS:	127,92	Base IRRF:	1.281,55

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
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,61 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00	0,33 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P				

ND: 0	Proventos:	1.885,54	Descontos:	169,70	Informativa:	150,83	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.715,84
NF: 0	Base INSS:	1.885,54	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.885,54	Valor FGTS:	150,83	Base IRRF:	1.715,84

Empr.:	2839 SONIA DOS SANTOS ROCHA	Situação:	Trabalhando	CPF:	304.418.188-70	PIS:	116.26217.35-6
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	30,00	1.343,95 P	320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00	28,00 D
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	13,85 P	998	I.N.S.S.	9,00	161,79 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00	1,10 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13 P				

ND: 0	Proventos:	1.811,53	Descontos:	190,89	Informativa:	144,91	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.620,64
NF: 0	Base INSS:	1.811,53	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.811,53	Valor FGTS:	144,91	Base IRRF:	1.648,64

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 12/2019

Página: 9/11
Emissão: 03/01/2020
Horas: 16:46:54

Empregados

EXTRATO MENSAL

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 320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO 28,00 28,00 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 ND: 0 Proventos: 1.597,31 Descontos: 155,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.441,53
 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.: 2815 TANIA MARA BARRETO Situação: Trabalhando CPF: 648.129.879-20 PIS: 121.37609.31-4
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 05/07/2019 CTPS/Série: 69585/022
 CC: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

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.: 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 998 I.N.S.S. 11,00 514,59 D
 8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.886,86 P 8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO 11,00 0,66 D
 245 AJUDA DE CUSTO 277,58 277,58 P 999 IMPOSTO DE RENDA 22,50 300,67 D
 8181 DIFERENÇA MEDIA HORA 13o 0,00 0,10 P 8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO 15,00 0,80 D
 8182 DIFERENÇA MEDIA VALOR 13o 0,00 5,92 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 10,52 67,49 P
 27 ADICIONAL RT 1.061,58 1.061,58 P
 ND: 0 Proventos: 4.684,15 Descontos: 816,72 Informativa: 374,73 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.867,43
 NF: 0 Base INSS: 4.684,15 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.684,15 Valor FGTS: 374,73 Base IRRF: 4.168,90

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 320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO 56,00 56,00 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 199,60 P 998 I.N.S.S. 8,00 127,78 D
 ND: 2 Proventos: 1.597,32 Descontos: 183,78 Informativa: 127,78 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.413,54
 NF: 1 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
 8182 DIFERENÇA MEDIA VALOR 13o 0,00 4,55 P 8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO 11,00 0,50 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 8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO 7,50 0,31 D
 ND: 1 Proventos: 3.352,56 Descontos: 435,55 Informativa: 268,20 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.917,01
 NF: 1 Base INSS: 3.352,56 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.352,56 Valor FGTS: 268,20 Base IRRF: 2.794,19

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 Miranópolis
 Tipo Despesa. Custeio

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 12/2019

Página: 10/11
Emissão: 03/01/2020
Horas: 16:46:54

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	333,08 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	59,32 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	41,21	280,05 P			

ND: 0 Proventos:	3.028,06	Descontos:	392,40	Informativa:	242,24	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.635,66
NF: 0 Base INSS:	3.028,06	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.028,06	Valor FGTS:	242,24	Base IRRF:	2.694,98

Total Geral Proventos:	95.970,42	Total Geral Descontos:	19.873,04
		Líquido Geral:	76.097,38

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	840,00	7.771,10 P	320 PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	476,00	476,00 D
27 ADICIONAL RT	2.161,58	2.161,58 P	812 INSS FERIAS	40,00	787,35 D
150 HORAS EXTRAS	54,92	1.029,01 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	31,00	81,75 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	6.838,73 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.750,93	5.153,22 P	942 IRRF FERIAS	30,00	157,21 D
250 REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	297,16 P	998 I.N.S.S.	377,00	7.760,51 D
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	999 IMPOSTO DE RENDA	105,00	954,96 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	38,38	38,38 P	8214 INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	155,00	12,36 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	403,78	403,78 P	8215 IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	52,50	9,57 D
807 VANTAGENS FERIAS	525,61	525,61 P	8792 DIAS FALTAS	1,00	46,59 D
931 1/3 DAS FERIAS	133,32	1.945,82 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.748,01 D
990 ESTOURO DO MES	0,00	28,00 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	20,00	199,60 P			
8181 DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	111,50 P			
8182 DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	10,47 P			
8382 DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE	0,00	3,83 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.169,00	66.288,36 P			
8783 DIAS FERIAS	79,00	4.869,70 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	23,00	1.593,03 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	60,00	153,03 P			
9435 HORAS TRAB INTERMITENTE	22,00	254,98 P			
9437 DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	60,00 P			
9441 13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	26,25 P			
9442 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITE	1,00	26,25 P			
9443 1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERM	33,33	8,75 P			

Líquido Geral: 76.097,38

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 12/2019

Página: 11/11
Emissão: 03/01/2020
Horas: 16:46:54

Empregados

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	45	Salário contribuição empregados:	93.147,82	Base IRRF Mensal:	73.035,90
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	954,96
Trabalhando:	44	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	6.439,81
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	93.147,82	Valor IRRF Férias:	157,21
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	8.641,97	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	1	Sub-Total:	8.641,97	Base IRRF 13º Salário:	113,44
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	9,57
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	0,00	Valor Total do IRRF:	1.121,74
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	0	Outras Compensações:	3,83	Base do FGTS:	93.147,82
Mandato sindical:	0	Total:	8.638,14	Valor do FGTS:	7.451,52
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	8.638,14	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	2			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: 76.097,38

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.675,85 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e setenta e cinco reais e oitenta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	0,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
998	I.N.S.S.	9,00		165,71	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,02	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.841,58	165,73	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.675,85	
conta corrente: 108306-6			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	FGTS do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.841,58	1.841,58	147,32	1.486,26	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		Dezembro 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		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	0,31		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96		
998	I.N.S.S.	9,00		165,71	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,02	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.841,58	165,73	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.675,85	
conta corrente: 108306-6			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	FGTS do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.841,58	1.841,58	147,32	1.486,26	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 610,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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.

(Seiscentos e dez 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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	2,00	169,89		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	105,68		
150	HORAS EXTRAS	11,28	211,35		
805	MEDIA VALOR FERIAS	15,24	15,24		
806	MEDIA HORAS FERIAS	402,25	402,25		
807	VANTAGENS FERIAS	186,29	186,29		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	994,10		
8783	DIAS FERIAS	28,00	2.378,52		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,31		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.392,38	
812	INSS FERIAS	11,00		437,40	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		20,57	
998	I.N.S.S.	8,00		54,84	
942	IRRF FERIAS	15,00		146,62	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.661,97	4.051,81	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 198732-1			Valor Líquido ➡	610,16	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41		4.661,97	4.661,97	372,95	230,98
					Faixa IRRF
					0,00

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		Dezembro 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	2,00	169,89		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	105,68		
150	HORAS EXTRAS	11,28	211,35		
805	MEDIA VALOR FERIAS	15,24	15,24		
806	MEDIA HORAS FERIAS	402,25	402,25		
807	VANTAGENS FERIAS	186,29	186,29		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	994,10		
8783	DIAS FERIAS	28,00	2.378,52		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,31		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.392,38	
812	INSS FERIAS	11,00		437,40	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		20,57	
998	I.N.S.S.	8,00		54,84	
942	IRRF FERIAS	15,00		146,62	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.661,97	4.051,81	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 198732-1			Valor Líquido ➡	610,16	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41		4.661,97	4.661,97	372,95	230,98
					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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 3.461,59 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e quatrocentos e sessenta e um reais e cinquenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	145,74		
150	HORAS EXTRAS	32,41	607,25		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	51,80		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	119,56	553,98		
998	I.N.S.S.	11,00		446,04	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00		5,70	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		186,54	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00		6,91	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.106,78	645,19	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	3.461,59	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		4.106,78	4.106,78	328,53	3.655,04
					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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	145,74		
150	HORAS EXTRAS	32,41	607,25		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	51,80		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	119,56	553,98		
998	I.N.S.S.	11,00		446,04	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00		5,70	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		186,54	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00		6,91	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.106,78	645,19	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	3.461,59	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		4.106,78	4.106,78	328,53	3.655,04
					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



G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

Aviso de lançamento

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.413,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 treze 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00		56,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	183,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.413,53	
conta corrente: 19481-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.090,35	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		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00		56,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	183,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.413,53	
conta corrente: 19481-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.597,31	1.597,31	127,78	1.090,35	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.669,43 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 sessenta e nove reais e quarenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,70		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	9,00		167,54	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,33	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.865,30	195,87	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.669,43	
conta corrente: 19476-x			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	1.865,30	1.865,30	149,21	1.697,43	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		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,70		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	9,00		167,54	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,33	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.865,30	195,87	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.669,43	
conta corrente: 19476-x			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	1.865,30	1.865,30	149,21	1.697,43	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.700,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos reais e sessenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	7,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	9,00		167,54	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,64	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.868,81	168,18	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.700,63	
conta corrente: 20148-0			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	1.868,81	1.868,81	149,49	1.131,86	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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		23/07/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	7,21		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	9,00		167,54	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,64	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.868,81	168,18	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.700,63	
conta corrente: 20148-0			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	1.868,81	1.868,81	149,49	1.131,86	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.452,64 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 cinqüenta e dois reais e sessenta e quatro centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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	27,00	2.293,57		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,74		
150	HORAS EXTRAS	11,23	210,41		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	17,74		
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE 13o	0,00	3,83		
807	VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	91,60		
8783	DIAS FERIAS	3,00	254,84		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		315,50	
812	INSS FERIAS	11,00		40,31	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		55,33	
998	I.N.S.S.	9,00		248,97	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		1,94	
942	IRRF FERIAS	15,00		10,59	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		27,64	
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			*****	*****	
			Valor Líquido ➡	*****	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S 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		Dezembro 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	27,00	2.293,57		
250	REFLEXO EXTRAS DSR	0,00	45,74		
150	HORAS EXTRAS	11,23	210,41		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	17,74		
8382	DIFERENCA SALARIO MATERNIDADE 13o	0,00	3,83		
807	VANTAGENS FERIAS	19,96	19,96		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	91,60		
8783	DIAS FERIAS	3,00	254,84		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		315,50	
812	INSS FERIAS	11,00		40,31	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		55,33	
998	I.N.S.S.	9,00		248,97	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		1,94	
942	IRRF FERIAS	15,00		10,59	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		27,64	
A TRANSPORTAR			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			*****	*****	
			Valor Líquido ➡	*****	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S 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 Brande Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		1,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.154,40	701,76	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3			Valor Líquido →	2.452,64	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.154,40	3.154,40	252,34	2.292,17	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		Dezembro 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	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		1,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.154,40	701,76	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3			Valor Líquido →	2.452,64	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.154,40	3.154,40	252,34	2.292,17	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.675,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e setenta e 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Dezembro 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	24,00	1.118,17	
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	279,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	159,68	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	39,92	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		165,71

BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0			Total de Vencimentos 1.841,27	Total de Descontos 165,71
			Valor Líquido →	1.675,56

Salário Base 1.397,71	Sal. Contr. INSS 1.841,27	Base Calc. FGTS 1.841,27	FGTS do Mês 147,30	Base Calc. IRRF 1.485,97	Faixa IRRF 0,00
--------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 31 DE JANEIRO ***

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 Dezembro 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	24,00	1.118,17	
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	279,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	159,68	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	39,92	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		165,71

BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0			Total de Vencimentos 1.841,27	Total de Descontos 165,71
			Valor Líquido →	1.675,56

Salário Base 1.397,71	Sal. Contr. INSS 1.841,27	Base Calc. FGTS 1.841,27	FGTS do Mês 147,30	Base Calc. IRRF 1.485,97	Faixa IRRF 0,00
--------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------------	--------------------

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 31 DE JANEIRO ***

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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.455,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 cinquenta e cinco 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	141,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.455,53	
conta: 20619-9			⇒		
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	1.597,31	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		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	141,78	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.455,53	
conta: 20619-9			⇒		
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	1.597,31	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.657,08 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e cinquenta e sete reais 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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%	88,00	223,64		
998	I.N.S.S.	9,00		163,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.820,96	163,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20671-7			Valor Líquido →	1.657,08	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.820,96	1.820,96	145,67	1.657,08	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		Dezembro 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%	88,00	223,64		
998	I.N.S.S.	9,00		163,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.820,96	163,88	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20671-7			Valor Líquido →	1.657,08	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.820,96	1.820,96	145,67	1.657,08	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.522,25 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 vinte e dois reais e vinte e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,56		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96		
998	I.N.S.S.	8,00		132,08	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		0,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.654,61	132,36	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.522,25	
conta corrente: 19413-1			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.654,61	1.654,61	132,36	1.522,25	0,00

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		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,56		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96		
998	I.N.S.S.	8,00		132,08	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		0,28	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.654,61	132,36	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.522,25	
conta corrente: 19413-1			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.654,61	1.654,61	132,36	1.522,25	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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.682,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 oitenta e dois reais e cinquenta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	2,73		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	9,00		167,54	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,24	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.864,33	181,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.682,55	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.864,33	1.864,33	149,13	1.317,37
					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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOU	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	2,73		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	9,00		167,54	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,24	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.864,33	181,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.682,55	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.864,33	1.864,33	149,13	1.317,37
					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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.715,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 setecentos e quinze 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	4,34		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,44	283,20		
998	I.N.S.S.	9,00		169,24	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,39	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.884,85	169,63	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.715,22	
conta corrente: 14727-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.884,85	1.884,85	150,78	1.715,22	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		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	4,34		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,44	283,20		
998	I.N.S.S.	9,00		169,24	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,39	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.884,85	169,63	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.715,22	
conta corrente: 14727-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.884,85	1.884,85	150,78	1.715,22	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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 recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

Aviso de lançamento

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.432,67 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e trinta e dois reais e sessenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,48		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00		56,00	
998	I.N.S.S.	8,00		129,41	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		0,04	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.618,12	185,45	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.432,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.618,12	1.618,12	129,44	1.488,67	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE JANEIRO ***

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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,48		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00		56,00	
998	I.N.S.S.	8,00		129,41	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		0,04	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.618,12	185,45	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.432,67	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.618,12	1.618,12	129,44	1.488,67	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE JANEIRO ***

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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.419,08 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 dezenove reais 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,93		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	70,00		70,00	
998	I.N.S.S.	8,00		129,41	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		0,08	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.618,57	199,49	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.419,08	
conta corrente: 19478-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.618,57	1.618,57	129,48	1.109,90	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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,93		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	70,00		70,00	
998	I.N.S.S.	8,00		129,41	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		0,08	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.618,57	199,49	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.419,08	
conta corrente: 19478-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálculo FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.618,57	1.618,57	129,48	1.109,90	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.311,69 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.311,69	
conta corrente: 19411-5			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.425,75	1.425,75	114,06	1.311,69	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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	411005	700	1	
AUX. ADM. FARMACIA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.311,69	
conta corrente: 19411-5			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.425,75	1.425,75	114,06	1.311,69	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
Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.253,75 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e duzentos e cinquenta e três reais e setenta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	42,00		42,00	
998	I.N.S.S.	8,00		112,67	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.408,42	154,67	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.253,75	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49		1.408,42	1.408,42	112,67	1.295,75
					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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	411005	700	1	
AUX. ADM. FARMACIA		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	42,00		42,00	
998	I.N.S.S.	8,00		112,67	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.408,42	154,67	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.253,75	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49		1.408,42	1.408,42	112,67	1.295,75
					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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.657,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 cinqüenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
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 conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.657,06	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71		1.820,94	1.820,94	145,67	1.277,88
					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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
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 conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.657,06	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71		1.820,94	1.820,94	145,67	1.277,88
					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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.545,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 quarenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	1,09		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	15,57	105,81		
998	I.N.S.S.	9,00		256,84	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,09	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,97	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		0,07	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.854,91	308,97	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 25625-0			Valor Líquido ➡	2.545,94	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41		2.854,91	2.854,91	228,38	2.597,98
					Faixa IRRF
					7,50

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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	223605	600	1	
	FISIOTERAPEUTA	Admissão:	12/06/2018		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	1,09		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	15,57	105,81		
998	I.N.S.S.	9,00		256,84	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,09	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,97	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		0,07	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.854,91	308,97	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 25625-0			Valor Líquido ➡	2.545,94	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41		2.854,91	2.854,91	228,38	2.597,98
					Faixa IRRF
					7,50

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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 532,98 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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.

(Quinhentos e trinta e dois reais e noventa 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	11,00	512,49		
805	MEDIA VALOR FERIAS	9,61	9,61		
807	VANTAGENS FERIAS	126,41	126,41		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	340,41		
8783	DIAS FERIAS	19,00	885,22		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	73,19		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.239,10	
812	INSS FERIAS	9,00		122,55	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		5,85	
998	I.N.S.S.	8,00		46,85	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.947,33	1.414,35	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	532,98	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.947,33	1.947,33	155,78	532,98	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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	11,00	512,49		
805	MEDIA VALOR FERIAS	9,61	9,61		
807	VANTAGENS FERIAS	126,41	126,41		
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	340,41		
8783	DIAS FERIAS	19,00	885,22		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	73,19		
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.239,10	
812	INSS FERIAS	9,00		122,55	
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		5,85	
998	I.N.S.S.	8,00		46,85	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.947,33	1.414,35	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	532,98	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.947,33	1.947,33	155,78	532,98	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.830,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e oitocentos e trinta 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
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	
			3.248,01	417,07	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.830,94	
conta salário: 20679-2			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	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		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2771	LAIS MARANI SILVA	223405	700	1	
FARMACEUTICO (A)		Admissão:		03/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
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	
			3.248,01	417,07	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.830,94	
conta salário: 20679-2			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.441,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 quarenta e um 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	155,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19003-9			Valor Líquido ➡	1.441,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53
					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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	155,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19003-9			Valor Líquido ➡	1.441,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53
					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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.657,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LUCAS CARVALHO DOS SANTOS, na conta 19.412, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e cinqüenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,01		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63		
998	I.N.S.S.	9,00		163,88	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.820,95	163,89	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.657,06	
conta corrente: 19412-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál: FGTS	FGTS do Mês	Base Cál: IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.820,95	1.820,95	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		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,01		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63		
998	I.N.S.S.	9,00		163,88	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,01	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.820,95	163,89	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.657,06	
conta corrente: 19412-3			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál: FGTS	FGTS do Mês	Base Cál: IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.820,95	1.820,95	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: Custeio



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.466,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 sessenta e seis 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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	30,00	2.548,41		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,04		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	4,21	28,61		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	9,00		249,89	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,01	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		46,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.776,66	310,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19422-0			Valor Líquido ➡	2.466,06	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		2.776,66	2.776,66	222,12	2.526,76
					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		Dezembro 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	30,00	2.548,41		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	0,04		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	4,21	28,61		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	9,00		249,89	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,01	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		46,70	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.776,66	310,60	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19422-0			Valor Líquido ➡	2.466,06	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		2.776,66	2.776,66	222,12	2.526,76
					Faixa IRRF
					7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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	
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: 19415-8			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. 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		Dezembro 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	
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: 19415-8			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. 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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.326,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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	27,00	1.118,10		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	124,23		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	19,96		
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 Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. 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		Dezembro 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	27,00	1.118,10		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	124,23		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	179,64		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	19,96		
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 Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. 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 de Saúde
 UGE 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo Despesa. Custeio



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.504,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 quatro reais e dez centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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%	8,42	57,22		
998	I.N.S.S.	9,00		252,47	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		48,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.805,23	301,13	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.504,10	
conta corrente: 19417-4			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	2.805,23	2.805,23	224,41	2.552,76	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		Dezembro 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%	8,42	57,22		
998	I.N.S.S.	9,00		252,47	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		48,66	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.805,23	301,13	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.504,10	
conta corrente: 19417-4			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	2.805,23	2.805,23	224,41	2.552,76	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.455,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 cinquenta e cinco 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	141,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5			Valor Líquido ➡	1.455,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53
					Faixa IRRF
					0,00

*** PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE JANEIRO ***

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		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	14,00		14,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	141,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5			Valor Líquido ➡	1.455,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53
					Faixa IRRF
					0,00

*** PARABÊNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE JANEIRO ***

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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.580,75 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e oitenta reais e setenta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1	
		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.359,15		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	1.189,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	106,45		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	93,15		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27		
998	I.N.S.S.	9,00		260,66	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,87	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.896,28	315,53	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.580,75	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41		2.896,28	2.896,28	231,70	2.635,62
					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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA ENFERMEIRO (A)	223505	600	1	
		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	16,00	1.359,15		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	1.189,26		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	106,45		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	93,15		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	148,27		
998	I.N.S.S.	9,00		260,66	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,87	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.896,28	315,53	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.580,75	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41		2.896,28	2.896,28	231,70	2.635,62
					Faixa IRRF
					7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.675,56 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
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: 19428-X			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.841,27	1.841,27	147,30	1.675,56	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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
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: 19428-X			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.841,27	1.841,27	147,30	1.675,56	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.549,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 quinhentos e quarenta e nove reais e cinquenta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	111,20		
998	I.N.S.S.	9,00		257,32	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		52,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.859,21	309,66	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.549,55	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.859,21	2.859,21	228,73	2.601,89	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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	111,20		
998	I.N.S.S.	9,00		257,32	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		52,34	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.859,21	309,66	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.549,55	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.859,21	2.859,21	228,73	2.601,89	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.471,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a REGINA LEIA PARRO RODRIGU, na conta 19.429, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e setenta e um reais e catorze 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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%	96,00	207,97		
998	I.N.S.S.	8,00		127,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.599,06	127,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.471,14	
conta corrente: 19429-8			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.599,06	1.599,06	127,92	1.281,55	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		Dezembro 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%	96,00	207,97		
998	I.N.S.S.	8,00		127,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.599,06	127,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.471,14	
conta corrente: 19429-8			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.599,06	1.599,06	127,92	1.281,55	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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.715,84 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 quinze reais e oitenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,61		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,33	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.885,54	169,70	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.715,84	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.885,54	1.885,54	150,83	1.715,84	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 11 DE JANEIRO ***

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		Dezembro 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		
8181	DIFERENCA MEDIA HORA 13o	0,00	3,61		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00		169,37	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	9,00		0,33	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.885,54	169,70	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.715,84	
conta corrente: 19423-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.885,54	1.885,54	150,83	1.715,84	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 11 DE JANEIRO ***

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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.441,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 quarenta e um 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	155,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 199303-8			Valor Líquido ➡	1.441,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53
					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		Dezembro 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		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	8,00		127,78	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.597,31	155,78	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 199303-8			Valor Líquido ➡	1.441,53	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71		1.597,31	1.597,31	127,78	1.469,53
					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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.469,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
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 poupança: 110529-9			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. 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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2815	TANIA MARA BARRETO	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		05/07/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
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 poupança: 110529-9			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. 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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 3.867,43 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 sessenta e sete reais e quarenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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 DIFERENÇA DISSIDIO	185,02	185,02		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	0,10		
8182	DIFERENÇA MEDIA VALOR 13o	0,00	5,92		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	10,52	67,49		
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58		
998	I.N.S.S.	11,00		514,59	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00		0,66	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		300,67	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00		0,80	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.684,15	816,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Liquido ➡	3.867,43	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.886,86		4.684,15	4.684,15	374,73	4.168,90
					Faixa IRRF
					22,50

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		Dezembro 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 DIFERENÇA DISSIDIO	185,02	185,02		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	0,10		
8182	DIFERENÇA MEDIA VALOR 13o	0,00	5,92		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	10,52	67,49		
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58		
998	I.N.S.S.	11,00		514,59	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00		0,66	
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		300,67	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	15,00		0,80	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			4.684,15	816,72	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Liquido ➡	3.867,43	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.886,86		4.684,15	4.684,15	374,73	4.168,90
					Faixa IRRF
					22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 1.413,54 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 treze reais e cinqüenta 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 02/02/2020 15:58:03

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60			
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00		56,00		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.597,32	183,78		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.413,54		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1	
		Admissão:		11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60			
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	56,00		56,00		
998	I.N.S.S.	8,00		127,78		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.597,32	183,78		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.413,54		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. 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

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.917,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 dezessete reais e um centavo)

* 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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		
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	4,55		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00		
998	I.N.S.S.	11,00		368,28	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00		0,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		66,46	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		0,31	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.352,56	435,55	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 17558-7			Valor Líquido ➡	2.917,01	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		3.352,56	3.352,56	268,20	2.794,19
					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		Dezembro 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		
8182	DIFERENCA MEDIA VALOR 13o	0,00	4,55		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00		
998	I.N.S.S.	11,00		368,28	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	11,00		0,50	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		66,46	
8215	IRRF DIFERENÇA 13o SALARIO	7,50		0,31	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.352,56	435,55	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 17558-7			Valor Líquido ➡	2.917,01	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		3.352,56	3.352,56	268,20	2.794,19
					Faixa IRRF
					7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G333021207108482643
02/02/2020 15:58:03

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

Data 09/01/2020 Valor R\$ 2.635,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 77, 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 seiscentos e trinta e cinco 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 02/02/2020 15:58:03

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Dezembro 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%	41,21	280,05		
998	I.N.S.S.	11,00		333,08	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,32	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.028,06	392,40	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.635,66	
conta salário: 87139-7			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.028,06	3.028,06	242,24	2.694,98	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		Dezembro 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%	41,21	280,05		
998	I.N.S.S.	11,00		333,08	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,32	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.028,06	392,40	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.635,66	
conta salário: 87139-7			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.028,06	3.028,06	242,24	2.694,98	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.16
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: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0110-4 - ARACATUBA-CTO
CONTA: 4.774-0

FAVORECIDO: BRUNA BERALDO FERRANTE
CPF/CNPJ: 368.501.738-12
VALOR: R\$ 927,01
DEBITO EM: 09/01/2020

=====

DOCUMENTO: 010901
AUTENTICACAO SISBB: 0.601.25B.638.C1F.716

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	223505	600	1	
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	20/12/2019		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	11,00	934,42		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	73,19		
998	I.N.S.S.	8,00		80,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.007,61	80,60	
			Valor Líquido ➡	927,01	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	1.007,61	1.007,61	80,60	927,01	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		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	223505	600	1	
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	20/12/2019		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	11,00	934,42		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	73,19		
998	I.N.S.S.	8,00		80,60	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.007,61	80,60	
			Valor Líquido ➡	927,01	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	1.007,61	1.007,61	80,60	927,01	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.16
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1157-6 - LUCELIA
CONTA: 6.656-6

FAVORECIDO: NILZA PEREIRA GARCIA
CPF/CNPJ: 248.399.098-30
VALOR: R\$ 346,14
DEBITO EM: 09/01/2020

=====

DOCUMENTO: 010902
AUTENTICACAO SISBB: 7.616.C7C.C1F.C7F.7A7

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		Horista		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2871	NILZA PEREIRA GARCIA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		11/12/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	22,00	254,98		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	60,00		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	26,25		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	26,25		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	8,75		
998	I.N.S.S.	8,00		30,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			376,23	30,09	
			Valor Líquido ➡	346,14	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
11,59	376,23	376,23	30,09	346,14	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		Horista		Dezembro de 2019	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2871	NILZA PEREIRA GARCIA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		11/12/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
9435	HORAS TRAB INTERMITENTE	22,00	254,98		
9437	DSR HORISTA INTERMITENTE	0,00	60,00		
9441	13 SALARIO TRAB INTERMITENTE	1,00	26,25		
9442	FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	1,00	26,25		
9443	1/3 FERIAS PROPORC TRAB INTERMITENTE	33,33	8,75		
998	I.N.S.S.	8,00		30,09	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			376,23	30,09	
			Valor Líquido ➡	346,14	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
11,59	376,23	376,23	30,09	346,14	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.16
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: 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\$ 1.000,00
DEBITO EM: 10/01/2020

=====

DOCUMENTO: 011001
AUTENTICACAO SISBB: E.F10.641.6F4.B74.D93

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		Dezembro 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	30,00	1.343,95		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	13,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	9,00		161,79	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		1,10	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.811,53	190,89	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.620,64	
conta salário: 88417-X			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.811,53	1.811,53	144,91	1.648,64	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		Dezembro 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	30,00	1.343,95		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	13,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	9,00		161,79	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		1,10	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.811,53	190,89	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.620,64	
conta salário: 88417-X			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.343,95	1.811,53	1.811,53	144,91	1.648,64	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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399168274900000000700451801013681230000045000

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 10.904

DATA DE VENCIMENTO 03/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 450,00

JUROS/MULTA 7,19

VALOR COBRADO 457,19

=====

NR.AUTENTICACAO C.F42.664.B1A.902.9A6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 IMPRESSOES LTDA EPP OS PRODUTOS / SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADO AO LADO		NF-e Nº 000004272 SÉRIE 001
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE PASSARELLI & MOMESSO IMPRESSOES LTDA EPP RUA RAFAEL PEREIRA, 619 - CENTRO - CEP:16800-000 - MIRANDOPOLIS - SP TEL: (18)3701-1151		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 000004272 FL. 1 / 1 SÉRIE 001		 CHAVE DE ACESSO 3519 1200 8419 3600 0145 5500 1000 0042 7210 2951 5856 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDAS		INScrição ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190947078124 13/12/2019 08:10:24	
INScrição ESTADUAL 449000763111		CNPJ 00.841.936/0001-45			
DESTINATÁRIO / REMETENTE					
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL					
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 13/12/2019
MUNICÍPIO LINS		BAIRRO / DISTRITO CENTRO		CEP 16400-400	DATA SAÍDA / ENTRADA 13/12/2019
FONE / FAX (14)3532-5198		UF SP	INScrição ESTADUAL		HORA DA SAÍDA 09:10:22

FATURA					
PAGAMENTO	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	
DADOS DA FATURA	004272	450,00	0,00	450,00	
DUPLICATAS					
Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	03/01/2020	450,00			
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00		0,00	0,00	0,00	450,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	450,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF
		0 - REMETENTE			
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INScrição ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUMES	SANTO ANTONIO			

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS													
CÓDIGO DO PROD. /	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	PERC.(%) DESCONTO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS IPI
003	SISTEMATIZACAO DE ENFERMAGEM 50X1	49111090	0102	5101	BLS	20,00	22,500000	450,00	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 Documento emitido por ME ou EPP optante pelo SIMPLES NACIONAL Não gera direito a crédito fiscal de IPI UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017	RESERVADO AO FISCO

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080593998271512711770003181330000225768

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 11.301
DATA DE VENCIMENTO 13/01/2020
DATA DO PAGAMENTO 13/01/2020
VALOR DO DOCUMENTO 2.257,68
VALOR COBRADO 2.257,68

NR.AUTENTICACAO E.81E.6CB.9D1.542.7E7

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

 BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA RUA LAURO VANNUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA		CONTROLE FISCO 
	0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1		CHAVE DE ACESSO 3519.1114.3355.4400.0119.5500.0000.0566.7810.1126.3212
	Nº 56.678 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/1		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 135190896209391 - 29/11/2019 10:02:14

NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC			
INSCRIÇÃO ESTADUAL 795.194.063.113	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 14.335.544/0001-19	

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ 45.349.461/0001-02	DATA EMISSÃO 29/11/2019
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 16370-000
MUNICÍPIO Lins	FONE / FAX (014)3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
		HORA DA SAÍDA 10:02:10	

FATURA/DUPLICATAS					
56678/1 - 13/01/20 - 2257,68					
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.257,68	VALOR DO ICMS 270,92	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.257,68	
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 2.257,68

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 19	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 261,1000	PESO LÍQUIDO 261,1000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO NCM/S	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	
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR295L7 - 05/03/2021 Qtde: 6.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	500 5102	CX	6,0000	148,6800	0,0000 0,0000 %	892,08	892,08	107,05 0,00	0,00	12,00	0,00	
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR292S0 - 20/07/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	2,0000	106,5000	0,0000 0,0000 %	213,00	213,00	25,56 0,00	0,00	12,00	0,00	
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR291S0 - 01/07/2021 Qtde: 4.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	4,0000	73,5000	0,0000 0,0000 %	294,00	294,00	35,28 0,00	0,00	12,00	0,00	
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR294R2 - 21/08/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	2,0000	57,6000	0,0000 0,0000 %	115,20	115,20	13,82 0,00	0,00	12,00	0,00	
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR296N4 - 24/03/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	2,0000	126,0000	0,0000 0,0000 %	252,00	252,00	30,24 0,00	0,00	12,00	0,00	
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR294A6 - 12/02/2021 Qtde: 3.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	3,0000	163,8000	0,0000 0,0000 %	491,40	491,40	58,97 0,00	0,00	12,00	0,00	

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

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 03/12/19 ASS. [assinatura] [assinatura]
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" / 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		

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086426536901049881340000056699

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 11.302

DATA DE VENCIMENTO 14/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 566,99

VALOR COBRADO 566,99

=====

NR.AUTENTICACAO 1.BE1.00E.848.E99.BA4

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

DANFE



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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

0-ENTRADA
1-SAIDA

CHAVE DE ACESSO
131193508554851 03/12/2019 15:05:34

Nº 391097
SERIE 1
FOLHA 1/2

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
131193508554851 03/12/2019 15:05:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
03/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA SAÍDA
03 DEZ 2019

MUNICÍPIO
LINS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 14/01/2020 566,99

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
490,33	28,40	0,00	0,00	566,99
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				566,99

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

15,40

PESO LÍQUIDO

15,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57419071 (6)07/24 (Fornecedor: 2080, Lote: 5741907-1, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2024)	90183219	200	6108	CX	6	5,2400	31,44	31,44	1,26		4,00	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53218011 (3)01/23 (Fornecedor: 1, Lote: 53218011, Qtde: 3, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 01/09/2021)	90183219	200	6108	CX	3	4,7800	14,34	14,34	0,57		4,00	
22209	LANCETA MEDISAFE SOLO 23G ROSA C/20-0-TKL LT Z48F314J4 (1)06/24 (Fornecedor: 1, Lote: Z48F314J4, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 01/10/2022)	90183999	200	6108	CX	1	33,0800	33,08	33,08	1,32		4,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSSLAA0321 (6)12/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSSLAA0321, Qtde: 6, Data Fab: 10/09/2019, Data Val: 31/12/2023)	90183119	200	6108	CX	6	21,3033	127,82	127,82	5,11		4,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G358 (1)06/24 (Fornecedor: 4, Lote: G358, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183119	200	6108	CX	1	82,6100	82,61	82,61	3,30		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 12...
ITEM 9 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate 30/09/2019.
ITENS 1 a 5,8,10 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 59,84
Pedido: 361100
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horario :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG 16041314341222200000007304445.
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELA VENDA NA EMPRESA.
Rota....: 3 Cubagem: 0,13

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/12/2019
ASS. *Raúl*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 391097
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3910 9710 0012 3447

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

131193508554851 03/12/2019 15:05:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

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
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 LT 52623 (10)10/23 (Forneced- dor: 9657, Lote: 52623, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2023)	90183929	000	6108	PCT	10	5,9700	59,70	59,70	7,16		12,00	
21577	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/12 PROC-CREME LT 2346776 (1)11/21 (Fornecedor: 1496, Lo- te: 2346776, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/201- 9, Data Val: 30/11/2021)	30051030	000	6108	PCT	1	50,3400	50,34	50,34	6,04		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT SEUUA0006 (2)04/24 (Forneced- dor: 4, Lote: SEUUA0006, Qtde: 2 ,Data Fab: 07/10/2019, Data Val: 30/04/2024)	90189010	200	6108	PCT	2	20,9000	41,80	41,80	1,67		4,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 1900041016 (10)09/22 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900041016, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/ 2022)	90183921	040	6108	PC	10	7,6660	76,66					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 5219S06AA (4)12/20 (Fornecedor: 4, Lote: 5219S06AA, Qtde: 4 ,Data Fab: 24/10/2019, Data Val: 30/12/2020)	90181100	200	6108	PCT	4	12,3000	49,20	49,20	1,97		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

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086426537701042381340000133619

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 11.303

DATA DE VENCIMENTO 14/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.336,19

VALOR COBRADO 1.336,19

=====

NR.AUTENTICACAO A.28C.54F.E72.224.F5A

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 391098
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
131193508554856 03/12/2019 15:05:34

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
131193508554856 03/12/2019 15:05:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
03/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
03 DEZ 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 14/01/2020 1.336,19

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.336,19	VALOR DO ICMS 160,35	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.336,19
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 1.336,19

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

5 CAIXA

30,28

30,28

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	DIFIRONA 500MG/ML GTS 10ML GEN-FARMACE LT DS19G354 (10)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: DS19G354, Qtde: 10 ,Data Fab: 08/11/2019, Data Val: 30/07/2021)	30039099	000	6108	FR	10	0,7200	7,20	7,20	0,86		12,00	
27145	BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-U.QUIMICA LT 1931018 (2)08/22 (Fornecedor: 4, Lote: 19- 31018, Qtde: 2 ,Data Fab: 04/09/2019, Data Val: 31/08/2022)	30049045	500	6108	CX	2	46,2700	92,54	92,54	11,10		12,00	
14491	HEMOPOL 5.000UI 25AMP 0,25ML-CRISTALIA LT 19090145 (2)09/21 (Fornecedor: 727, Lote: 19090145, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	6108	CX	2	118,7800	237,56	237,56	28,51		12,00	
12359	VANCOMICINA (NOVAMICIN) 500MG 50FAM-NOVA- FARMA LT 78NH3166 (1)08/21 (Forneced- dor: 1901, Lote: 78NH3166, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30042071	000	6108	CX	1	199,6300	199,63	199,63	23,96		12,00	
22839	LACTULOSE XAROPE 120ML-NUTRIEX LT 190826 (4)08/21 (Fornecedor: 2029, Lote: 190826, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	21069030	000	6108	FR	4	5,3900	21,56	21,56	2,59		12,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 41 B 5...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 80,17

Pedido: 361103

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

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG

1604131434122200000007304445.

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

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

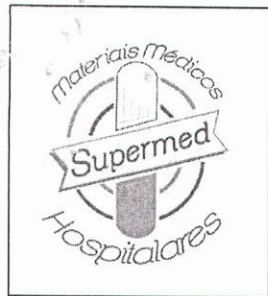
PELA VENDA NA EMPRESA.

Rota....: 3 Cubagem: 0,06

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/12/2019
ASS. *Romy*
hoais

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

**PERECÍVEL
URGENTE**



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 391098
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3910 9810 0098 1491

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

131193508554856 03/12/2019 15:05:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

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
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1925470 (1)09/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1925470, Qtde: 1, Data Fab: 15/10/2019, Data Val: 30/09/2022)	38089429	000	6108	CX	1	45,3000	45,30	45,30	5,44		12,00	
15795	AGUA P/ INJECAO 25FRS 500ML-EUROFARMA LT 643137 (1)10/21 (Fornecedor: 7690, Lote: 643137, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2021)	30049099	000	6108	CX	1	58,1800	58,18	58,18	6,98		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: 30/11/2020)	30043100	000	6108	FR	2	18,7350	37,47	37,47	4,50		12,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/-98) LT 19010137 (1)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19010137, Qtde: 1, Data Fab: 20/05/2019, Data Val: 30/01/2021)	30049039	000	6108	CX	1	13,7800	13,78	13,78	1,65		12,00	
1869	ANFOTERICINA B(ANFORICIN B) 50MG 25FAM+DIL 10ML-CRISTALIA 2 A 8 LT 19070209 (1)07/22 (Fornecedor: 4, Lote: 19070209, Qtde: 1, Data Fab: 23/09/2019, Data Val: 31/07/2022)	30042099	000	6108	CX	1	622,9700	622,97	622,97	74,76		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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086426534201046781340000063714

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 11.304

DATA DE VENCIMENTO 14/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 637,14

VALOR COBRADO 637,14

=====

NR.AUTENTICACAO 2.27A.0E2.B77.7CD.FEE

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 43185
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0431 8510 0000 2640

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135190912047963 03/12/2019 15:01:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
03/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
03 DEZ. 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 14/01/2020 637,14

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
517,29	93,11	0,00	0,00	637,14
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				637,14

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118
QUANTIDADE 7	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 37,20	PESO LÍQUIDO 37,20

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
5060	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-ANADONA SOFT LT 205-19 (3) 05/2021 (Fornecedor: 17, Lote: 205-19, Qtde: 3, Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/05/2021)	62101000	000	5102	PCT	3	4,5000	13,50	13,50	2,43		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 201900705 (2) 07/2024 (Fornecedor: 241-4, Lote: 201900705, Qtde: 2, Data Fab: 05/07/2019, Data Val: 06/07/2024)	90183999	200	5102	CX	2	16,1050	32,21	32,21	5,80		18,00	
13581	EQ.MICRO C/BURETA P/A+P LL 150ML C/10-SO-LIDOR LT 78119061 (1) 06/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 78119061, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	33,4400	33,44	33,44	6,02		18,00	
79	ALGODAO HIDROP.500GRS RL-CREMER REF.198164 LT 164181940 (2) 09/2024 (Fornecedor: 149-6, Lote: 164181940, Qtde: 2, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	30059090	000	5102	RL	2	13,2200	26,44	26,44	4,76		18,00	
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 25-OML-VICPHARMA LT C8969 (6) 06/2021 (Fornecedor: 7744, Lote: C8969, Qtde: 6, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2021)	33069000	060	5102	CX	6	6,1400	36,84					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

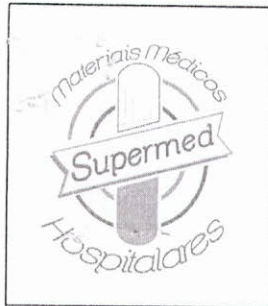
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 7. Rota 6 possui 5 volume(s), rota R2 possui 2 volume(s) #R6V5R2V2..
ITEM 9 Imposto Recolhido por Substituição Tributária
ITEM 5 ICMS-ST retido por operação anterior base: 38,22 valor: 2,04
ITEM 9 ICMS-ST retido por operação anterior base: 73,64 valor: 7,01
Pedido: 43259
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
Empresa 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.
Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 9
Rota.....: 3 Cubagem: 0,23

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/12/2019
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

**FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**



**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 43185
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0431 8510 0000 2640

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190912047963 03/12/2019 15:01:45

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
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1907139 (1) 07/2021 (Fornecedor: 2029, Lote: 1907-139, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/07/2019, Data Val: 16/07/2021)	15121919	000	5102	CX	1	71,0800	71,08	71,08	12,79		18,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5-0-TALGE LT TMTX002 (4) 04/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TMTX002, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2024)	63079010	200	5102	PCT	4	4,2825	17,13	17,13	3,08		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G5-07 (1) 08/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G507, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	90183111	200	5102	CX	1	53,0400	53,04	53,04	9,55		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GERIATRIC LT 13944 (1) 11/2024 (Fornecedor: 7983, Lote: 13944, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/11/2019, Data Val: 09/11/2024)	96190000	060	5405	FD	1	83,0100	83,01					
21523	COL PERF.CORT.13LT PARDO C/20-DESCARBOX ECOLOGIC LT 3926 (1) 08/2024 (Fornecedor: 2014, Lote: 3926, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	48191000	000	5102	CX	1	57,5300	57,53	57,53	10,36		18,00	
11538	SCALP N.23 PVC C/100-SOLIDOR/LAMEDID LT 82118101 (1) 10/2023 (Fornecedor: 2080, Lote: 82118101, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2018, Data Val: 30/10/2023)	90183929	200	5102	CX	1	15,9300	15,93	15,93	2,87		18,00	
23084	AVENTAL DESC.ML 20GR BR C/PUNHO C/10-ECLYPES LT BAL22 (5) 07/2024 (Fornecedor: 4, Lote: BAL22, Qtde: 5 ,Data Fab: 16/07/2019, Data Val: 16/07/2024)	62101000	000	5102	PCT	5	9,3000	46,50	46,50	8,37		18,00	
10448	SONDA FOLEY 2V N.14 30CC C/10-SOLIDOR LT 9219043 (1) 04/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 9219043, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183921	700	5102	CX	1	18,9400	18,94	18,94	3,41		18,00	
10449	SONDA FOLEY 2V N.16 5-10CC C/10-SOLIDOR LT 08519043 (1) 04/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 08519043, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183921	700	5102	CX	1	18,9400	18,94	18,94	3,41		18,00	
27776	PRATICZYME 4 ENZI 5L CX C/2-VIC PHARMA LT S4112 (1) 08/2021 (Fornecedor: 7744, Lote: S4112, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	35079049	000	5102	CX	1	112,6100	112,61	112,61	20,26		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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069936100000502007252808881350000214932

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 11.305

DATA DE VENCIMENTO 15/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.149,32

VALOR COBRADO 2.149,32

=====

NR.AUTENTICACAO 2.810.972.EBA.478.8CE

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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-eNúmero da Nota
42545Data de Emissão
26/12/2019Data e Hora da
Competência
26/12/2019 às 16:07:27Código de Verificação
0000-0005-0547

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 26/12/2019 às 17:07:31

Lote 50547

Número do RPS 0000-0005-0547

Sequência 50547

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1743	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA MES 12/2019.	2.290,1600	1,00	0,00	0,00	2.290,16

Valor Total dos Serviços - **RS 2.290,16****INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA MES 12/2019.

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
14,89	68,70		34,35	22,90		
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = RS 2.290,16

Atividade

8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Situação da Nota Fiscal

Normal

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

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

Aliquota (%) 3,0000

Base de Cálculo (R\$) 2.290,16

Vlr. Total das Deduções (R\$) 0,00

Vlr. Total Retido (R\$) 140,84

Vlr. do ISS (R\$) 68,70

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = RS 2.149,32**OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

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

Recebi(emos) do Prestador: LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA CNPJ: 51.100.840/0001-67

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 42545 emitida em 26/12/2019 às 16:07:27 - Cód Verif 0000-0005-0547

Condições de Pagamento: Vencimento: 26/12/2019 Valor Total R\$ 2.290,16 Valor Líquido R\$ 2.149,32

Ass: _____ em _____

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029935200001449000107703281350000136000

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 11.306

DATA DE VENCIMENTO 15/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.360,00

VALOR COBRADO 1.360,00

=====

NR. AUTENTICACAO 8.40B.A56.C75.D81.FCF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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\$ 1.360,00	NF-e Nº: 000.116.334 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	

 BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555 www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.116.334 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3519 1251 9436 4500 0107 5500 1000 1163 3410 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 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 16/12/2019
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 16/12/2019
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 17:46:07

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	15/01/2020	1.360,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.360,00
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 220,32
				VALOR TOTAL DA NOTA 1.360,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 1,960	PESO LÍQUIDO 1,400

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BN	Cateter para Subclavia D/L CVC 7Fr x 20cm com acessórios BN R.O.P.M: 0702040150 L: 34642 QT: 20 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCL:1617 C2BF-9667-45A7-82AB-EA8D1EC63C87	90183929	5 40	5101	UN	20,0000	68,000000	1.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00	220,32

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/12/2019
ASS. *kaais*

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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 NOSSO PEDIDO: 89891 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 57,12 (4,20%) Estadual: R\$ 163,20 (12,00%) Fonte: IEPT. ISENTOS DO ICMS CONFORME ARTIGO O ITAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PE LO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19. UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2 017	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399154567950000000911456101010781350000007000

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 11.307

DATA DE VENCIMENTO 15/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 3.4CB.59D.D04.C6E.294

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

Chave de autenticação: 508390494DF367E3C6909F448E754AE5

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.16
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: 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\$ 620,64
DEBITO EM: 14/01/2020

=====

DOCUMENTO: 011401
AUTENTICACAO SISBB: E.ED8.001.F98.EDB.176

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		Dezembro 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	30,00	1.343,95		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	13,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	9,00		161,79	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		1,10	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.811,53	190,89	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X			Valor Liquido ➡	1.620,64	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95		1.811,53	1.811,53	144,91	1.648,64
					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		Dezembro 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	30,00	1.343,95		
8181	DIFERENÇA MEDIA HORA 13o	0,00	13,85		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	199,60		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13		
320	PLANO ODONTO SÃO FRANCISCO	28,00		28,00	
998	I.N.S.S.	9,00		161,79	
8214	INSS DIFERENÇA 13o SALARIO	8,00		1,10	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.811,53	190,89	
BANCO DO BRASIL 1 conta salário: 88417-X			Valor Liquido ➡	1.620,64	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95		1.811,53	1.811,53	144,91	1.648,64
					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

15/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 09:18:40
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	15/01/2020
NR. DOCUMENTO	551.897.000.009.401
VALOR TOTAL	355.225,30

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAO PAULO SECRETARIA DA S
AGENCIA: 1897-X CONTA: 9.401-3
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

IDENTIFICADOR 1:	45.349.461/0001 02
IDENTIFICADOR 2:	1
IDENTIFICADOR 3:	ASSOC HOSP BENEF BRASIL
IDENTIFICADOR 4:	DEVOLUÇÃO A PEDIDO DA SE

NR.AUTENTICACAO	F.818.CB0.DA9.7B1.7E7
-----------------	-----------------------

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399676146580000000500027901016181350000950000

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 11.501

DATA DE VENCIMENTO 15/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 9.500,00

VALOR COBRADO 9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.16C.C5B.76E.4B9.94F

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 920					
Data e Hora da Emissão		06/01/2020 11:39:10		Competência		6/1/2020		Código de Verificação		6DB3TWH6	
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 - CONserto, 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											

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100765920178181370000050908

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

11.502

NOSSO NUMERO

17115360000765920

CONVENIO

01711536

DATA DE VENCIMENTO

17/01/2020

DATA DO PAGAMENTO

15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO

509,08

VALOR COBRADO

509,08

=====

NR.AUTENTICACAO

0.B0E.5AC.078.BB5.739

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 ELETRONICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1236287

FL 1 / 1

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2362 8718 3839 0851

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

135190912477569 03/12/2019 16:11:13

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

03/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

03/12/2019

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
1236287/1	17/01/2020	509,08						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

509,08

VALOR DO ICMS

91,63

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

509,08

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

509,08

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

2,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,07444

PESO BRUTO

6,806

PESO LÍQUIDO

6,806

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
015423	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE) L: 191000004 7 Q: 36,0000 F: 30/07/17 V: 30/09/2024	30059090	000	5102	RO	36,00	0,8811	31,72	31,72	5,71	0,00	18,00	0,00
031117	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (AMERICA MEDIC AL) L: 1304 Q: 1.500,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2024	30059090	000	5102	PC	1.500,00	0,0301	45,15	45,15	8,13	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290393 Q: 550,0000 F: 24/06/19 V: 23/06/2021	38220090	700	5102	TI	550,00	0,5422	298,21	298,21	53,67	0,00	18,00	0,00
031302	COMPRESSA DE GAZE 13F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 191 0 Q: 4.000,0000 F: 11/10/19 V: 30/10/2022	30059090	000	5102	PC	4.000,00	0,0335	134,00	134,00	24,12	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2019

Fonte de Recurso Estadual

Secretaria de Estado da Saúde

UGE 090196 - Hospital Estadual

"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis

Tipo Despesa. Custeio

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: 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: 04/12/2019 Pedido: 1515607 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1515607 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. 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 04/12/2019

ASS. *Daís monori Silva*

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100765924170381370000138995

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 11.503

NOSSO NUMERO 17115360000765924

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 17/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.389,95

VALOR COBRADO 1.389,95

=====

NR.AUTENTICACAO 6.3F4.618.E41.FEB.B17

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

Identificação do emitente



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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1236293 FL 1 / 2
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2362 9311 7644 9960

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
135190912514290 03/12/2019 16:17:08

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
03/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
03/12/2019

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
1236293/1	17/01/2020	1.389,95						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			
1.389,95		216,87		0,00		0,00		1.389,95			
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		1.389,95	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEICULO	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 2260			SAO JOSE DO RIO PRETO				SP	647598751114	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO		PESO BRUTO			PESO LÍQUIDO	
9,00	VOLUME(S)		0,06500			24,073		24,073	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
020748	DILTIAZEM 60MG, CLORIDRATO (TEUTO) L: 1392384 Q: 50,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30049079	000	5102	CP	50,00	0,1442	7,21	7,21	1,30	0,00	18,00	0,00
023927	CLONIDINA 0,150MG/ML, CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19 070157 Q: 30,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30049039	000	5102	AP	30,00	6,3608	190,82	190,82	34,35	0,00	18,00	0,00
027951	DOBUTAMINA 250MG, CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITE M GENERICO) L: 19081002 Q: 20,0000 F: 30/08/19 V: 31/08/2021	30039099	000	5102	AP	20,00	5,874	117,48	117,48	14,10	0,00	12,00	0,00
029013	DOPAMINA 50MG, CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 17129473 Q: 50,0000 V: 31/12/2020	30049039	000	5102	AP	50,00	1,2408	62,04	62,04	11,17	0,00	18,00	0,00
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOCHIMICO) L: 008731 Q: 50,000 0 V: 30/06/2022	30042059	500	5102	FA	50,00	6,8244	341,22	341,22	61,42	0,00	18,00	0,00
011885	CLINDAMICINA 600MG, FOSFATO (HIPOLABOR) (ITEM GENÉRICO) L: AA-043/19 Q: 100,0000 F: 30/08/19 V: 30/07/2021	30032099	500	5102	AP	100,00	1,9972	199,72	199,72	23,97	0,00	12,00	0,00
025578	AGUA PARA INJECAO 10ML (FARMACE) L: 19J9179C Q: 400,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30039099	000	5102	AP	400,00	0,2109	84,36	84,36	15,18	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: 04/12/2019 Pedido: 1515601 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1515601 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: 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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 04/12/2019
ASS. *João Maurício Silva*

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. 1236293 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2362 9311 7644 9960

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

135190912514290 03/12/2019 16:17:08

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	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
013996	CLORETO DE SODIO 0,9% (EQUIPLEX) L: 1931984 Q: 1.200,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30049099	000	5102	AP	1.200,00	0,1985	238,20	238,20	28,58	0,00	12,00	0,00
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB937 Q: 10,0000 F: 30/04/19 V: 31/03/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	14,8896	148,90	148,90	26,80	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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100771475175881370000058800

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 11.504

NOSSO NUMERO 17115360000771475

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 17/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 588,00

VALOR COBRADO 588,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.692.A56.AB0.103.90E

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



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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1243445 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2434 4517 9341 5096

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
135190972705397 20/12/2019 17:46:52

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

20/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

20/12/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1243445/1	17/01/2020	588,00						

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
588,00	70,56	0,00	0,00	588,00
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
				588,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	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 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00001	0,504	0,504

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
021727	SULFATO DE POLIMIXINA B 500.000UI (EUROFARMA) (ITE M GENERICO) L: 632900A Q: 20,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021	30042079	000	5102	FA	20,00	29,40	588,00	588,00	70,56	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001328-AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. CONVENIO 0107/2017* UTI Mirandópolis DATA ENTREGA: 23/12/2019 Pedido: 1527683 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1527683 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO CEP: 16370000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AVENIDA EURICO GASPAR DUTRA 620 Bairro/Distrito: CENTRO Município: PROMISSAO UF: SP País: BRASIL
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa: Custo

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/12/2019
ASS. *laais*

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000086440485701045981360000162245

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 11.505

DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.622,45

VALOR COBRADO 1.622,45

=====

NR. AUTENTICACAO 7.496.59A.AA8.764.7F5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 46580
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0465 8010 0052 0577

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

135190959701382 17/12/2019 14:45:27

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
17/12/2019ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
17 DEZ 2019MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/01/2020 1.622,45

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.569,76	256,35	0,00	0,00	1.622,45
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
				1.622,45

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118
QUANTIDADE 8	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 48,85	PESO LÍQUIDO 48,85

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
12799	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-NEVE LT 253 (2) 11/2024 (Fornecedor: 2444, Lote: 253, Qtde: 2, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	30059090	000	5102	PCT	2	9,6050	19,21	19,21	3,46		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 201900705 (2) 07/2024 (Fornecedor: 241-4, Lote: 201900705, Qtde: 2, Data Fab: 05/07/2019, Data Val: 06/07/2024)	90183999	200	5102	CX	2	16,5000	33,00	33,00	5,94		18,00	
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI- TEX-CREMER REF.257199 LT 2327269 (1) 08/2-021 (Fornecedor: 1496, Lote: 2327269, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30051030	000	5102	PCT	1	62,9100	62,91	62,91	11,32		18,00	
10127	CATETER P/OXIG.TIPO OCULOS (CAN.NASAL) C/- 20-EMBRAMED REF.2807P REF. 490121 LT 1900-041226 (1) 09/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900041226, Qtde: 1, Data Fab: 22/10/2019, Data Val: 06/09/2022)	90183929	000	5102	PCT	1	16,0300	16,03	16,03	2,89		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

DADOS ADICIONAIS

Tipo Despesa: Custeio

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 8. Rota R2 possui 3 volume(s), rota R4 possui 5 volume(s) #R4V5R2V3..
ITENS 6,8 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate 30/09/2019.
Pedido: 46715
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa 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 NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,30

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/12/2019
ASS. *Raúl***MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**



**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 46580
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0465 8010 0052 0577

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

135190959701382 17/12/2019 14:45:27

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
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT SEUUA0004 (1) 03/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0004, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 31/03/- 2024)	90189010	200	5102	PCT	1	20,9000	20,90	20,90	3,76		18,00	
22094	COLETOR SECRECAO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC LT 19/A02503 (3) 08/2021 (Fornecedor: 771- 0, Lote: 19/A02503, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/ 08/2019, Data Val: 30/08/2021)	90183929	040	5102	UND	3	4,7867	14,36					
6104	SONDA URETRAL N.14 C/10-MARK MED LT 11891 (1) 07/2022 (Fornecedor: 4, Lote: 11891, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2018, Data Val: 01/07/2022)	90183929	000	5102	PCT	1	5,1000	5,10	5,10	0,92		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PC-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 1900034111 (5) 08/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900034111, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/- 2022)	90183921	040	5102	PC	5	7,6660	38,33					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (4) 06/2021 (Fornecedor: 208- 0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	4	13,2700	53,08	53,08	9,55		18,00	
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (100) 11/2022 (Fornecedor: 142, Lote: 20171110, Qtde: 100 ,Data Fab: 10/1- 1/2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	100	0,7896	78,96	78,96	14,21		18,00	
23135	DERMAREX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1907140 (1) 07/2021 (Fornecedor: 2029, Lote: 1907- 140, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 17/07/2021)	15121919	000	5102	CX	1	75,9100	75,91	75,91	13,66		18,00	
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9- 5(PFF2) LT SMNSAA0005 (2) 07/2023 (Forne- cedor: 1, Lote: SMNSAA0005, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2018, Data Val: 31/07/2023)	63079010	200	5102	CX	2	33,6500	67,30	67,30	12,11		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 3613M4 (10) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3613M4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	400	5102	CX	10	5,4930	54,93	54,93	6,59		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 3426M4 (5) 08/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3426M4, Qtde: 5 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	5	5,0900	25,45	25,45	3,05		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 3849M4 (2) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3849M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	200	5102	CX	2	5,0900	10,18	10,18	1,22		12,00	
22209	LANCETA MEDISAFE SOLO 23G ROSA C/20- 0-TKL LT Z48F314J4 (1) 06/2024 (Forneco- dor: 992, Lote: Z48F314J4, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/08/2019, Data Val: 01/06/2024)	90183999	200	5102	CX	1	33,0900	33,09	33,09	5,96		18,00	
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE- CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0001 (4) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0001, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/07/- 2024)	39269030	500	5102	CX	4	11,5500	46,20	46,20	8,32		18,00	
11919	SERINGA DESC.10ML LOCK C/100-DESCARPACK LT SSLLAA0137 (6) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSLLAA0137, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/0- 5/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183119	200	5102	CX	6	22,5200	135,12	135,12	16,21		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1442/19 (2) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1442/19, Qtde: 2 ,Data Fab: 10/07/2- 019, Data Val: 09/07/2024)	90183119	000	5102	CX	2	105,5700	211,14	211,14	25,35		12,00	

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



**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 46580
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0465 8010 0052 0577

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

135190959701382 17/12/2019 14:45:27

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
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR022J (2) 11/2022 (Fornecedor: 7934, Lote: PR022J, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/20- 19, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	5102	CX	2	167,2900	334,58	334,58	60,22		18,00	
14684	LUVA P/ TOQ.INDIV.TRANSP.C/100-LUPLAST LT 1010 (2) 06/2021 (Fornecedor: 8072, Lote: 1010, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2021)	39262000	000	5102	PCT	2	5,8600	11,72	11,72	2,11		18,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 LT 52020 (3) 09/2023 \ LT 52- 623 (7) 10/2023 (Fornecedor: 9657, Lote: 52020, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2023 / Fornecedor: 9657, Lote: 52623, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2023)	90183929	000	5102	PCT	10	6,6850	66,85	66,85	12,03		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 20082019 (1) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 20082019, Qtde: 1 ,Data Fab: 20/08/- 2019, Data Val: 20/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	1	17,6300	17,63	17,63	3,17		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEAAA0016 (3) 05/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SEEAAA0016, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90189099	200	5102	PCT	3	17,4000	52,20	52,20	9,40		18,00	
21577	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/12 PROC-CREME LT 2337871 (2) 10/2021 (Fornecedor: 1496, Lote: 2337871, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2- 019, Data Val: 30/10/2021)	30051030	000	5102	PCT	2	50,9750	101,95	101,95	18,35		18,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5- 0-TALGE LT TMTX002 (8) 04/2024 (Fornece- dor: 1695, Lote: TMTX002, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2024)	63079010	200	5102	PCT	8	4,5400	36,32	36,32	6,55		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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086440484901042381360000058028

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 11.506

DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 580,28

VALOR COBRADO 580,28

=====

NR. AUTENTICACAO C.A3E.625.8D5.945.3A2

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:0000-0000-0000DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1N° 46571
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0465 7110 0114 8818

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

135190959545376 17/12/2019 14:16:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

17/12/2019

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/01/2020 580,28

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
580,28	69,63	0,00	0,00	580,28
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				580,28

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,56	PESO LÍQUIDO 2,56

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
19069	HIDROCORTISONA 100MG 50FAM GEN-BLAU LT 19-110731 (1) 11/2021 (Fornecedor: 47, Lote: 19110731, Qtde: 1, Data Fab: 13/11/2019, Data Val: 13/11/2021)	30043210	000	5102	CX	1	125,6800	125,68	125,68	15,08		12,00	
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS08219 (1) 06/2-021 (Fornecedor: 7736, Lote: AS08219, Qtde: 1, Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 30/06/2021)	30045090	000	5102	CX	1	197,7700	197,77	197,77	23,73		12,00	
22871	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 5AMP 3ML GEN-TEUTO (PORT.344/98) LT 7521043 (4) 07/2022 (Fornecedor: 7736, Lote: 7521043, Qtde: 4, Data Fab: 02/09/2019, Data Val: 31/07/20-22)	30049099	000	5102	CX	4	7,4575	29,83	29,83	3,58		12,00	
2948	ETOMIDATO(C1) 2MG/ML 25AMP 10ML GEN-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 19070121 (1) 07/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19070-121, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 01/07/2021)	30049069	000	5102	CX	1	227,0000	227,00	227,00	27,24		12,00	

DADOS ADICIONAIS "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa: Custeio**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 2. Rota R1 possui 2 volume(s) #R1V1R1V1..
Pedido: 46713
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
Empresa 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 NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/12/2019
ASS. *daís*MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086440487301042181360000144462

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 11.507

DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.444,62

VALOR COBRADO 1.444,62

=====

NR.AUTENTICACAO B.22E.41B.D8E.645.639

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo 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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 396999
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3969 9910 0109 5117

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
131193525008032 17/12/2019 14:12:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
17/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
17 DEZ 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/01/2020 1.444,62

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.444,62	134,90	0,00	0,00	1.444,62
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.444,62

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

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

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE
4

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
4,43

PESO LÍQUIDO
4,43

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 1C53-08 (3)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1C5308, Qtde: 3, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/05/2021)	30043220	000	6108	CX	3	4,5900	13,77	13,77	1,65		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	44,8900	44,89	44,89	5,39		12,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB07119 (1)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: AB07119, Qtde: 1, Data Fab: 11/09/2019, Data Val: 31/07/2021)	30049099	000	6108	CX	1	82,7100	82,71	82,71	9,93		12,00	
4472	KLARICID 500MG 1FAM-ABBOTT LT 96061TB22 (14)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: 96061TB22, Qtde: 14, Data Fab: 20/08/2019, Data Val: 30/11/2020)	30042029	200	6108	FAM	14	32,0557	448,78	448,78	17,95		4,00	
23399	CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.- GEN-EMS LT W7967 (4)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: W7967, Qtde: 4, Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 31/01/2021)	30042029	000	6108	CX	4	26,1600	104,64	104,64	12,56		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

R 41 B 2....

ITENS 4,12 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).
Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 125,12

Pedido: 366796

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 NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

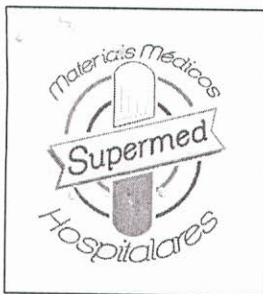
Rota....: 3 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/12/2019
ASS. 10a/s

**PERECÍVEL
INDICENTE**

Mercadorias avariadas, ou faltas
serão repostas se forem relacionadas
ao conhecimento do transportador



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 396999
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3969 9910 0109 5117

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

131193525008032 17/12/2019 14:12:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

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 78NG2635 (1)07/21 (Fornecedor: 1901, Lote: 78NG2635, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	30041019	000	6108	CX	1	446,6500	446,65	446,65	53,60		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19I2-53 (3)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19I253, Qtde: 3, Data Fab: 05/12/2019, Data Val: 30/09/2021)	30042099	000	6108	TB	3	5,9567	17,87	17,87	2,14		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19000578 (1)02/21 (Fornecedor: 1, Lote: BF19000578, Qtde: 1, Data Fab: 04/12/2019, Data Val: 28/02/2021)	30043100	000	6108	FR	1	18,7400	18,74	18,74	2,25		12,00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006523 (1)11/20 (Fornecedor: 58, Lote: BF18006523, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2018, Data Val: 30/11/2020)	30043100	000	6108	FR	1	18,4500	18,45	18,45	2,21		12,00	
27919	ULTIDIN 150MG 500CP REVEST. -GEOLAB LT 19-07702 (2)08/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1907-702, Qtde: 2, Data Fab: 17/09/2019, Data Val: 31/08/2021)	30049059	000	6108	CX	2	56,5000	113,00	113,00	13,56		12,00	
23519	FLUMAZIL(C1) 0,1MG/ML 10AMP 5ML-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 19080246 (1)08/21 (Fornecedor: 727, Lote: 19080246, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30049069	000	6108	CX	1	79,7000	79,70	79,70	9,56		12,00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 1219061 (1)06/24 (Fornecedor: 4, Lote: 12-19061, Qtde: 1, Data Fab: 13/11/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	6108	CX	1	31,8000	31,80	31,80	1,27		4,00	
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER LT UAM12201 (2)05/20 (Fornecedor: 4, Lote: UAM12201, Qtde: 2, Data Fab: 10/10/2018, Data Val: 30/05/2020)	30051090	500	6108	PCT	2	11,8100	23,62	23,62	2,83		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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:16
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613652005733359100002034312981360000087345

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 11.508

NOSSO NUMERO 6136200573

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 873,45

VALOR COBRADO 873,45

=====

NR.AUTENTICACAO 0.967.DF0.A85.E42.4C9

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

DANFE



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 1063275
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 1204 0278 9400 0326 5500 1001 0632 7510 0070 9819

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

152192760406083 17/12/2019 16:24:30

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
17/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
17/12/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
16:21

FATURA / DUPLICATA

001 16/01/2020 873,45

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	727,85	VALOR DO ICMS	87,34	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	873,45
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	873,45

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 3	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 10,00	PESO LÍQUIDO 10,00

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
47450	CEFTRIAXONA IV 1G C/50 F/A GEN - TEUTO (Lote: 96320049, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/20-021)	30049099	520	6108	CX	2	342,6500	685,30	571,06	68,53		12,00	
24968	VANCOMICINA 500MG 50/10MLF/A GEN-TEUTO (Lote: 1935399, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/20-21)	30042071	020	6108	CX	1	188,1500	188,15	156,79	18,81		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 87,34, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 87,34
Pedido: 1134682
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 18/12/2019
ASS. *hams*

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100770104172281360000224260

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 11.509

NOSSE NUMERO 17115360000770104

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 16/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 15/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.242,60

VALOR COBRADO 2.242,60

=====

NR.AUTENTICACAO E.0B7.FBA.55F.A8C.FD6

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



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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA

Nº. 1241881 FL 1 / 2
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2418 8118 8803 8000

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

135190960166257 17/12/2019 16:03:03

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

17/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAIDA

17/12/2019

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAIDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1241881/1	16/01/2020	2.242,60						

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			
2.242,60		308,18		0,00		0,00		2.242,60			
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		2.242,60	

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 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8,00	VOLUME(S)		0,03265	33,538	33,538

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
028292	BROMOPRIDA 10MG/2ML (UNIAO QUIMICA) (ITEM GENERICO) L: 1939869 Q: 100,0000 F: 01/10/19 V: 30/10/2022	30049045	000	5102	AP	100,00	0,9986	99,86	99,86	11,98	0,00	12,00	0,00
027951	DOBUTAMINA 250MG, CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 19091152 Q: 10,0000 F: 24/09/19 V: 30/09/2021	30039099	000	5102	AP	10,00	7,0488	70,49	70,49	8,46	0,00	12,00	0,00
026387	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (EUROFARMA) L: 633825A Q: 6,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021	30049099	500	5102	SE	6,00	17,4262	104,56	104,56	18,82	0,00	18,00	0,00
011013	BROMETO DE N-BUTILESCOPOLAMINA 20MG (HIPOLABO R) (ITEM GENERICO) L: H-095/19 Q: 100,0000 F: 30/08/19 V: 30/07/2021	30049099	000	5102	AP	100,00	0,8224	82,24	82,24	9,87	0,00	12,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19050436 Q: 50,0000 F: 30/05/19 V: 30/05/2021	30049099	000	5102	AP	50,00	4,8167	240,84	240,84	43,35	0,00	18,00	0,00
017910	OMEPRAZOL 40MG F-A (CRISTALIA) (ITEM GENERICO) L: 19080371 Q: 25,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021	30049069	000	5102	FA	25,00	5,5216	138,04	138,04	16,57	0,00	12,00	0,00
011885	CLINDAMICINA 600MG,FOSFATO (HIPOLABO R) (ITEM GENERICO) L: AA-054/19 Q: 100,0000 F: 30/11/19 V: 30/10/2021	30032099	500	5102	AP	100,00	1,9972	199,72	199,72	23,97	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 18/12/2019 Pedido: 1525091 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1525091 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: 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 Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: 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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/12/2019
ASS. *[Assinatura]*

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARUNA - SP

CNPJ 13916/074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1241881 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2418 8118 8803 8000

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

135190960166257 17/12/2019 16:03:03

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
028215	MEROPENEM 1G (BIOQUÍMICO) (ITEM GENEÉRICO) L: 0087 33 Q: 25,0000 F: 30/07/19 V: 30/06/2021	30042099	500	5102	FA	25,00	18,2398	456,00	456,00	54,71	0,00	12,00	0,00
018197	AGUA PARA INEJCAO 10ML (ISOFARMA/HALEX) L: 911000 8 Q: 800,0000 F: 01/11/19 V: 01/11/2022	30049099	000	5102	AP	800,00	0,2482	198,56	198,56	23,83	0,00	12,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENEÉRICO) L: AP -085/19 Q: 100,0000 F: 30/07/19 V: 30/06/2021 *** Portaria 344/ 98 B1	30049099	000	5102	AP	100,00	2,7608	276,08	276,08	33,13	0,00	12,00	0,00
015423	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE PREMIUM IN) L: 1910000049 Q: 36,0000 F: 30/07/17 V: 30/09/2024	30059090	000	5102	RO	36,00	0,8811	31,72	31,72	5,71	0,00	18,00	0,00
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW257 Q: 300,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2024	65069900	200	5102	PC	300,00	0,0444	13,32	13,32	2,40	0,00	18,00	0,00
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 1119 Q: 1,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2024	52030000	000	5102	RO	1,00	9,9264	9,93	9,93	1,79	0,00	18,00	0,00
026125	FRALDA GERIATRICA EG (IRIS/MAXICONFOR) L: 5095 Q: 84,0000 F: 19/11/19 V: 19/11/2022	96190000	000	5102	PC	84,00	1,1375	95,55	95,55	17,19	0,00	18,00	0,00
030296	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P VINIL (TALGE) L: TLVMU004 Q: 1.000,0000 F: 31/05/18 V: 31/05/2023	39262000	200	5102	PC	1.000,00	0,0952	95,20	95,20	17,14	0,00	18,00	0,00
025012	FLUCONAZOL 2MG/ML S.FECHADO (SANOBIOIOL) (ITEM GE NERICO) L: 19095051 Q: 6,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30049099	000	5102	BO	6,00	11,748	70,49	70,49	8,46	0,00	12,00	0,00
030822	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 19 11 Q: 2.500,0000 F: 07/11/19 V: 30/11/2024	30059090	000	5102	PC	2.500,00	0,024	60,00	60,00	10,80	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

20/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:49:46
679006790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	20/01/2020
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	0.88A.72D.29A.024.2D9
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
1892

Data de Emissão
06/01/2020

Data e Hora da
Competência
06/01/2020 às 16:07:07

Código de Verificação
8409-0709-5105

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 12.119.494/0001-07 Cód. Mobiliário 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
E-Mail's

Insc. 100166
Mun. IE 419065626119
Número 60
CEP 16400-580
UF SP

Autenticação



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 ISENTA
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

REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI DE MIRANDOPOLIS
VENCIMENTO- 20/01/2020

CONTA PARA DEPOSITO
BANCO DO BRASIL
AG:0058-2
C/C:59599-3

style="font-size:12.1px;mso-bidi-font-size: 14.1px;line-height:115%;font-family: "Arial",sans-serif">

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

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

Situação da Nota Fiscal

Simples Nacional

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Aliquota (%)

Base de Cálculo (R\$)

Vlr. Total das Deduções (R\$)

Vlr. Total Retido (R\$)

Vlr. do ISS (R\$)

4,4000

934,00

0,00

0,00

41,10

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 1892 emitida em 06/01/2020 às 16:07:07 - Cód Verif 8409-0709-5105

Condições de Pagamento: Vencimento: 20/01/2020 Valor Total R\$ 934,00 Valor Líquido R\$ 934,00

Ass: _____ em _____

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85690000016 52460064002
	01453494610 00117089365
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2020
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	1.652,46

DOCUMENTO: 012001
AUTENTICACAO SISBB: 9.FA2.CE0.F82.7A9.F66

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

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.652,46
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.652,46
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 20/01/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/01/2020 16:29:44

85690000016-2 52460064002-2 01453494610-9 00117089365-3



 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.652,46
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.652,46
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 20/01/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/01/2020 16:29:44

85690000016-2 52460064002-2 01453494610-9 00117089365-3



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

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

20/01/2020
 211

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	Valor	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
20/12/2019	236	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
28/11/2019	41857	Laboratório São Paulo Análises Clínicas Ltda	R\$ 2.764,06	R\$ -	R\$ 41,46	R\$ 128,53		R\$ 169,99	R\$ 2.594,07
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 2.764,06	R\$ -	R\$ 1.652,46	R\$ 5.122,63	R\$ -	R\$ 6.775,09	R\$ 2.594,07

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85600000051 22630064002
	01453494610 00159529365
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2020
PERIODO DE APURACAO	-----
NUMERO DO CPF	-----
CODIGO DA RECEITA	-----
NUMERO DE REFERENCIA	-----
DATA DO VENCIMENTO	-----
RECEITA BRUTA ACUMULADA	-----
PERCENTUAL	-----
VALOR DO PRINCIPAL	-----
VALOR DA MULTA	-----
VALOR DOS JUROS	-----
VALOR TOTAL	5.122,63

DOCUMENTO: 012002
AUTENTICACAO SISBB: E.31C.59F.2C8.D88.EA6

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

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.122,63
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/01/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	5.122,63
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/01/2020 16:31:33	

85600000051-8 22630064002-7 01453494610-9 00159529365-3



 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.122,63
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/01/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	5.122,63
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.6643 17/01/2020 16:31:33	

85600000051-8 22630064002-7 01453494610-9 00159529365-3



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

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

20/12/1
 211

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	Valor	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
20/12/2019	236	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
28/11/2019	41857	Laboratório São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 2.764,06	R\$ -	R\$ 41,46	R\$ 128,53		R\$ 169,99	R\$ 2.594,07
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 2.764,06	R\$ -	R\$ 1.652,46	R\$ 5.122,63	R\$ -	R\$ 6.775,09	R\$ 2.594,07

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613320505993347200001526110181380000169600

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

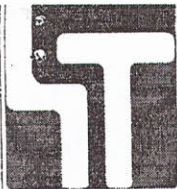
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	12.003
NOSSO NUMERO	6133050599
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	18/01/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.696,00
VALOR COBRADO	1.696,00

NR.AUTENTICACAO	5.5B5.3EB.1AA.981.EAC
-----------------	-----------------------

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



Samtronic Indústria e Comércio Ltda

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAÍDAN. 000224647
SÉRIE 1
FOLHA 01/01CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3519 1158 4266 2800 0133 5500 1000 2246 4710 0323 5441Consulta de autenticidade no portal nacional de 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

135190862649683 19/11/2019 12:26:30-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIE.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP

16400-400

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO

19/11/2019

DATA ENTRADA/SAÍDA

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001

19/12/2019

1.696,00

002

18/01/2020

1.696,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.392,00

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

3.392,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

VELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

14.990.752/0001-51

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO
SAO PAULOUF
SPINSCRIÇÃO ESTADUAL
146964519117

QUANTIDADE

4

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

9,720

PESO LÍQUIDO

8,500

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD

EE902300

DESCRIÇÃO DO PROD/SERV.

EQUIPO GIRASSET EG 0421 0000 ESTERILIZADO

(CX 50UN)

Lote (S): JUL190233421501B

idade: 31/07/2022

- Val

NCM/SH
90189099CST
040CFOP
5101UN
UN

QUANT.

200,0000

V.UNITARIO

16,96000000

V.TOTAL

3.392,00

B.C. ICMS

0,00

V. ICMS

0,00

V. IPI

0,00

A. ICMS

0,00%

A. IPI

0,00%

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

Endereço
Alternativo

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135190862649683

PEDIDO DE 18/11/2019, ORC 017922 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 PELO
CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE
PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO
XXXV Endereço de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDOPOLIS, -
*** Pedido de Venda: 439268 *** Cotacao Numero: 4446 Valor Aproximado dos

Tributos: R\$ 1088.49 (32.09%).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21 / 11 / 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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613651483983347300001526110981380000042400

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 12.004

NOSSO NUMERO 6136148398

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 18/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 424,00

VALOR COBRADO 424,00

=====

NR.AUTENTICACAO 1.F46.22C.E4D.311.B1B

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



Samtronic Indústria e Comércio Ltda

Rua Venda da Esperança, 162
Socorro Cep: 04763-040
São Paulo/SP
Fone: 551122447751DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAÍDAN. 000225392
SÉRIE 1
FOLHA 01/01CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3519 1158 4266 2800 0133 5500 1000 2253 9210 0071 5527Consulta 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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIE.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135190892191705 28/11/2019 12:06:40-03:00

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA DE EMISSÃO

28/11/2019

DATA ENTRADA/SAÍDA

HORA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA

001

28/12/2019

848,00

002

27/01/2020

848,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.696,00

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

1.696,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

VIA BRASIL TRANSAEREO TRANSPORTES

ENDEREÇO

RUA URUGUAIANA

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

11.596.298/0001-60

MUNICÍPIO

GUARULHOS

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

4,860

PESO LÍQUIDO

4,250

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD

EE905200

DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.

EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO

(CX 50UN)

Lote (S): NOV190523403008

Data: 30/11/2022

- Val

NCM/SH

90189099

CST

040

CFOP

5101

UN

UN

QUANT.

100,0000

V.UNITARIO

16,96000000

V.TOTAL

1.696,00

BC.ICMS

0,00

V.ICMS

0,00

V.IPI

0,00

A.ICMS

0,00%

A.IPI

0,00%

ATENÇÃO

CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA

Prazo máximo para reclamação: 07 dias consecutivos

a partir da data de recebimento do produto

Samtronic Ind. Com. Ltda

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135190892191705

PEDIDO DE 18/11/2019, ORC 017922 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO
N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORESISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO
CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DEPIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO
XXXV Endereco de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDOPOLIS, -

*** Pedido de Venda: 439776 *** Cotacao Numero: 4577

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/12/19
ASS. *Daís manoni* SilvaConvênio 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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

=====

75691321650100230510800038790028481390000021943

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 12.005

DATA DE VENCIMENTO 19/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 219,43

VALOR COBRADO 219,43

=====

NR.AUTENTICACAO 7.7C6.836.5C2.2C6.831

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

=====

74891116204314143021502213581024881400000010990

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 12.006

DATA DE VENCIMENTO 20/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 109,90

DESCONTO/ABATIMENTO 10,00

VALOR COBRADO 99,90

=====

NR.AUTENTICACAO 7.7F9.406.CF6.43F.DE0

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 85

Nº 000000006

Emissão: 03/01/2020

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

1967.16b8.feb0.0038.a305.1ae1.5f7a.acfa

Situação do documento fiscal

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA ICMS
1	(4) FNET FIBRA EMPRESARIAL 120 (DW70/UP50)	109,90	0,00	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49,17
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	85620000019 65310064002 01453494610 00105619365
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2020
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	1.965,31

DOCUMENTO: 012007
AUTENTICACAO SISBB: A.9A1.FB0.C3A.D87.A8C

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

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200 DARF IRRF 12 2019 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/01/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.52.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.965,31
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.965,31

85620000019-3 65310064002-4 01453494610-9 00105619365-7

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



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/12/2019
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/01/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200 DARF IRRF 12 2019 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/01/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.52.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.965,31
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.965,31

85620000019-3 65310064002-4 01453494610-9 00105619365-7

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



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

cortar nesta linha

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

20/01/

211

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/12/2019 a 31/12/2019									
EMPREGADOS									
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 11/19	3.266,96	359,36	379,18	2	7,50	142,80	46,83
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Férias	4.260,43	468,64	379,18	2	15,00	354,80	157,09
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	13o Integral	3.239,36	356,32	379,18	2	7,50	142,80	44,99
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 11/19	3.425,34	376,78	0,00	0	15,00	354,80	102,48
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	13o Integral	3.320,81	365,28	0,00	0	15,00	354,80	88,53
2336	BIANCA CAETANO COSTA	13o Integral	2.779,83	250,18	189,59	1	7,50	142,80	32,70
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	13o Integral	2.840,68	255,66	0,00	0	7,50	142,80	51,08
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 11/19	3.248,01	357,28	189,59	1	7,50	142,80	59,79
2142	LUIS FERNANDO BETONI	Mensal 11/19	2.809,58	252,86	0,00	0	7,50	142,80	48,95
2142	LUIS FERNANDO BETONI	13o Integral	2.544,86	229,03	0,00	0	7,50	142,80	30,89
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	Mensal 11/19	2.818,28	253,64	0,00	0	7,50	142,80	49,55
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	13o Integral	2.856,25	257,06	0,00	0	7,50	142,80	52,14
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 11/19	2.997,95	329,77	0,00	0	7,50	142,80	57,31
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	13o Integral	3.029,78	333,27	0,00	0	7,50	142,80	59,44
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 11/19	3.097,23	340,69	0,00	0	7,50	142,80	63,94
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	13o Integral	3.065,21	337,17	0,00	0	7,50	142,80	61,80
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 11/19	4.707,82	517,86	0,00	0	22,50	636,13	306,61
33	THAIS BOARETO DA SILVA	13o Integral	4.143,25	455,75	0,00	0	15,00	354,80	198,33
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	Mensal 11/19	3.348,01	368,28	189,59	1	7,50	142,80	66,46
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	Férias	4.346,51	478,11	189,59	1	15,00	354,80	197,02
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	13o Integral	3.306,41	363,70	189,59	1	7,50	142,80	63,68
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	Mensal 11/19	3.076,11	338,37	0,00	0	7,50	142,80	62,53
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	13o Integral	3.085,67	339,42	0,00	0	7,50	142,80	63,17

Total: 75.614,34 7.984,48 1.965,31

Empregados: 23 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 75.614,34 7.984,48 2.085,49 1.965,31

Total Geral:

Empregados: 12 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 75.614,34 7.984,48 2.085,49 1.965,31

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	11/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 11/2019	0,00	34.653,51	0,00	34.653,51	0,00
0588	Mensal 11/2019	0,00	1.009,47	0,00	1.009,47	0,00
Totalizador			35.662,98	0,00	35.662,98	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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000086451293501048181410000110883

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 12.008

DATA DE VENCIMENTO 21/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

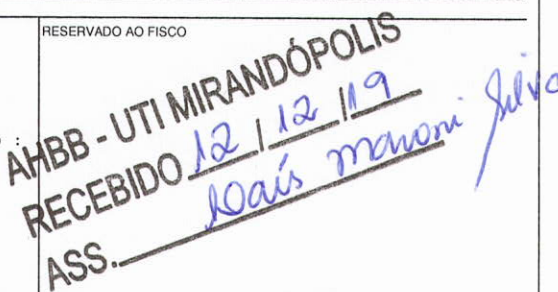
VALOR DO DOCUMENTO 1.108,83

VALOR COBRADO 1.108,83

=====

NR.AUTENTICACAO C.C9E.F57.BA9.6BA.263

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA									
Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000		0-ENTRADA 1-SAIDA		1		CHAVE DE ACESSO 131193517604838 10/12/2019 16:28:09							
		Nº 394212 SERIE 1 FOLHA 1/2		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 131193517604838 10/12/2019 16:28:09							
INSCRIÇÃO ESTADUAL 001.771.1480296		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 813.020.011.119		CNPJ 11.206.099/0001-07									
DESTINATÁRIO / REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 10/12/2019							
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03				BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400							
MUNICÍPIO LINS		FONE/FAX 1435325198		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DA SAÍDA							
FATURA / DUPLICATA													
001		21/01/2020		1.108,83									
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.108,83		VALOR DO ICMS 133,07		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 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 TOTAL DOS PRODUTOS 1.108,83							
						VALOR TOTAL DO IPI 0,00							
						VALOR TOTAL DA NOTA 1.108,83							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA				FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE		CÓDIGO ANTT							
ENDEREÇO AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,				MUNICÍPIO POUSO ALEGRE		UF MG							
QUANTIDADE 4		ESPÉCIE CAIXA		MARCA		PESO BRUTO 23,90							
						PESO LÍQUIDO 23,90							
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
27328	DOMPERIDONA 10MG 60CP GEN-E MS LT 1F9658 (1)07/21 (Fornecedor: 335, Lote: 1F9658, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	30049099	500	6108	CX	1	4,9000	4,90	4,90	0,59		12,00	
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT 1C53-08 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1C5308, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/05/2021)	30043220	000	6108	CX	1	4,5900	4,59	4,59	0,55		12,00	
26077	LUFBER GTS MORANGO 10ML -NATULAB LT 117208 (10)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: 117208, Qtde: 10, Data Fab: 10/10/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	6108	FR	10	0,9500	9,50	9,50	1,14		12,00	
23293	DIFIRONA(SANTIDOR) 1G 10-0AMP 2ML IM/IV-SANTISA LT 11523119 (1)10/-21 (Fornecedor: 931, Lote: 11523119, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/-2021)	30039099	000	6108	CX	1	54,5000	54,50	54,50	6,54		12,00	
8067	HIDROCORTIZONA(CORTISONAL)100MG 50FAM-U.-QUIMICA LT 1937782 (1)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1937782, Qtde: 1, Data Fab: 16/10/2019, Data Val: 30/09/2021)	30043290	000	6108	CX	1	127,8800	127,88	127,88	15,35		12,00	
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 3... Emenda Constitucional 87 de 2015: Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 66,52 Pedido: 364159 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG 16041314341222200000007304445. Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703 Rota....: 3 Cubagem: 0,09								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 Osvaldo 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:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 394212
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3942 1210 0015 3424

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

131193517604838 10/12/2019 16:28:09

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

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 78NG2623 (1)07/21 (Fornecedor: 1901, Lote: 78NG2623, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	30041019	000	6108	CX	1	446,6500	446,65	446,65	53,60		12,00	
11929	CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 10-0ML-PRATI DONADUZZI LT 19K688 (5)11/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19K688, Qtde: 5, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	FR	5	2,0240	10,12	10,12	1,21		12,00	
22839	LACTULOSE XAROPE 120ML-NUTRIEX LT 190826 (6)08/21 (Fornecedor: 2029, Lote: 190826, Qtde: 6, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	21069030	000	6108	FR	6	5,2533	31,52	31,52	3,78		12,00	
18884	IRUXOL MONO POM.30G-ABBOTT LT 1079593 (5)-02/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1079593, Qtde: 5, Data Fab: 26/08/2019, Data Val: 28/02/2022)	30049019	000	6108	TB	5	11,3100	56,55	56,55	6,79		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 1912-54 (4)09/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 1912-54, Qtde: 4, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30042099	000	6108	TB	4	5,9575	23,83	23,83	2,86		12,00	
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 1921770 (1)08/22 (Fornecedor: 4, Lote: 1921770, Qtde: 1, Data Fab: 13/08/2019, Data Val: 30/08/2022)	38089429	000	6108	CX	1	46,1800	46,18	46,18	5,54		12,00	
26798	CLONAZEPAM 2MG 30CP GEN-RANBAXY B1 LT 396-0971 (1)07/20 (Fornecedor: 19123, Lote: 3960971, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2018, Data Val: 30/07/2020)	30049069	000	6108	CX	1	2,5300	2,53	2,53	0,30		12,00	
27316	GABAPENTINA(C1) 300MG 30CAP GEN-GERMED (PORT.344/98) LT Z6825 (1)02/21 (Fornecedor: 4, Lote: Z6825, Qtde: 1, Data Fab: 07/05/2019, Data Val: 28/02/2021)	30049099	500	6108	CX	1	14,9000	14,90	14,90	1,79		12,00	
3775	SUCCINIL COLIN 100MG 1FAM EV/IM-U.QUIMICA LT 1941248 (5)10/21 (Fornecedor: 1390, Lote: 1941248, Qtde: 5, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2021)	30049099	000	6108	FAM	5	8,0000	40,00	40,00	4,80		12,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/-98) LT 19010137 (1)01/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19010137, Qtde: 1, Data Fab: 20/05/2019, Data Val: 30/01/2021)	30049039	000	6108	CX	1	14,7700	14,77	14,77	1,77		12,00	
10654	ESCOPOLAMINA 20MG 100AMP 1ML GEN-HIPOLABOR LT H04819 (1)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: H04819, Qtde: 1, Data Fab: 08/08/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	1	83,8900	83,89	83,89	10,07		12,00	
12799	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-NEVE LT 253 (2)11/24 (Fornecedor: 2444, Lote: 253, Qtde: 2, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 01/11/2024)	30059090	000	6108	PCT	2	9,6050	19,21	19,21	2,31		12,00	
25803	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/6-MISSNER LT CAM03202 (1)02/21 (Fornecedor: 187, Lote: CAM03202, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 28/02/2021)	30051090	500	6108	PCT	1	11,3200	11,32	11,32	1,36		12,00	
22994	C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/10 CX.250-EUROPA LT 25416 (1)03/24 (Fornecedor: 4, Lote: 25416, Qtde: 1, Data Fab: 11/06/2019, Data Val: 25/03/2024)	30059090	000	6108	CX	1	91,9700	91,97	91,97	11,04		12,00	
6796	C.GAZE 7,5X7,5 11F N.EST.KARINA C/500-AMERICA LT 1384 (1)11/24 (Fornecedor: 1462, Lote: 1384, Qtde: 1, Data Fab: 18/11/2019, Data Val: 18/11/2024)	30059090	000	6108	PCT	1	14,0200	14,02	14,02	1,68		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. Osvaldo Brandi Faria" de Marandópolis
Tipo Despesa: Custeio

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000086451291901042581410000163886

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

SACADOR AVALISTA:

SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE

CNPJ: 11.206.099/0001-07

PAGADOR:

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 12.009

DATA DE VENCIMENTO 21/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.638,86

VALOR COBRADO 1.638,86

=====

NR.AUTENTICACAO 9.F4B.4EF.542.C2C.521

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 44974
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0449 7410 0083 3708

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190937001224 10/12/2019 17:47:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
10/12/2019ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA DE ENTRADA/SAÍDA
10 DEZ. 2019MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/01/2020 1.638,86

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.426,85	221,55	0,00	0,00	1.638,86
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.638,86

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 11	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 55,13	PESO LÍQUIDO 55,13

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 201900705 (2) 07/2024 (Fornecedor: 241-4, Lote: 201900705, Qtde: 2, Data Fab: 05/07/2019, Data Val: 06/07/2024)	90183999	200	5102	CX	2	16,5000	33,00	33,00	5,94		18,00	
4824	CATETER P/OXIG.TIPO OCULOS C/10-MARK MED LT 14430 (1) 11/2023 (Fornecedor: 164, Lote: 14430, Qtde: 1, Data Fab: 13/11/2019, Data Val: 30/11/2023)	90183929	000	5102	PCT	1	8,0400	8,04	8,04	1,45		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19-05G-REF.490084 LT 1900034111 (5) 08/2022 \ LT 1900034113 (1) 08/2022 (Fornecedor: 14-96, Lote: 1900034111, Qtde: 5, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2022 / Fornecedor: 1496, Lote: 1900034113, Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2022)	90183921	040	5102	PC	6	7,6650	45,99					
28260	ELET. AD/INF.C/ESP.C/GEL C/50 C/10PCT-SO-LIDOR LT 29519S06AAAA (1) 06/2021 (Fornecedor: 2080, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	CX	1	127,0500	127,05	127,05	22,87		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 11. Rota 2 possui 2 volume(s), rota 8 possui 8 volume(s), rota 1 - P2 possui 1 volume(s) #R8V8R2V2R1P2V1..

ITEM 3 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate 30/09/2019.

ITEM 14 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria

ITEM 14 ICMS-ST retido por operação anterior base: 147,28 valor: 14,02 Pedido: 45101

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

Empresa 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 NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1673

Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 14

Rota.....: 3 Cubagem: 0,38

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/12/19
ASS. *Daís moni glic*MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 44974
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0449 7410 0083 3708

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190937001224 10/12/2019 17:47:07

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
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 074 (3) 08/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 074, Qtde: 3 ,Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 02/08/2024)	44219900	000	5102	PCT	3	2,8800	8,64	8,64	1,56		18,00	
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5-0-TALGE LT TMTX002 (6) 04/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TMTX002, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2024)	63079010	200	5102	PCT	6	4,5400	27,24	27,24	4,90		18,00	
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9-5(PFF2) LT SMNSAA0005 (2) 07/2023 (Fornecedor: 1, Lote: SMNSAA0005, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2018, Data Val: 31/07/2023)	63079010	200	5102	CX	2	33,6500	67,30	67,30	12,11		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 3837M4 (4) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3837M4, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	400	5102	CX	4	5,4925	21,97	21,97	2,64		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 3483M4 (3) 08/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3483M4, Qtde: 3 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	200	5102	CX	3	5,0900	15,27	15,27	1,83		12,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20-0-TKL LT Z2G465L1 (1) 07/2024 (Fornecedor: 992, Lote: Z2G465L1, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/08/2019, Data Val: 01/07/2024)	90183999	200	5102	CX	1	37,7000	37,70	37,70	6,79		18,00	
16839	SERINGA DESC. 3ML SLIP C/500-SR LT G542 (1) 08/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G542, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	90183119	200	5102	CX	1	50,4200	50,42	50,42	6,05		12,00	
11919	SERINGA DESC.10ML LOCK C/100-DESCARPACK LT SLLAA0137 (6) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SLLAA0137, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/0-5/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183119	200	5102	CX	6	21,2467	127,48	127,48	15,30		12,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G621 (1) 09/2024 \ LT G660 (1) 10/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G621, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024 / Fornecedor: 1156, Lote: G660, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2024)	90183119	200	5102	CX	2	87,5600	175,12	175,12	21,01		12,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE-RIATRIC LT 14074 (2) 11/2022 (Fornecedor: 7983, Lote: 14074, Qtde: 2 ,Data Fab: 20/-11/2019, Data Val: 23/11/2022)	96190000	060	5405	FD	2	83,0100	166,02					
23351	LUVA CIRURG.8,0 EST.C/200 PARES-SANROLIS LT 150191 (1) 05/2022 (Fornecedor: 7736, Lote: 150191, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/20-19, Data Val: 30/05/2022)	40151100	000	5102	CX	1	185,0700	185,07	185,07	33,31		18,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PRO21J (1) 11/2022 (Fornecedor: 7934, Lote: PRO21J, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/20-19, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	5102	CX	1	167,2900	167,29	167,29	30,11		18,00	
14684	LUVA P/ TOQ.INDIV.TRANSP.C/100-LUPLAST LT 1010 (2) 06/2021 (Fornecedor: 8072, Lote: 1010, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2021)	39262000	000	5102	PCT	2	5,8600	11,72	11,72	2,11		18,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 LT 52020 (10) 09/2023 (Fornecedor: 9657, Lote: 52020, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2023)	90183929	000	5102	PCT	10	6,9600	69,60	69,60	12,53		18,00	
23084	AVENTAL DESC.ML 20GR BR C/PUNHO C/10-ECLYPES LT BAL22 (5) 07/2024 (Fornecedor: 4, Lote: BAL22, Qtde: 5 ,Data Fab: 16/07/-2019, Data Val: 16/07/2024)	62101000	000	5102	PCT	5	10,0440	50,22	50,22	9,04		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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 44974
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0449 7410 0083 3708

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190937001224 10/12/2019 17:47:07

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
12445	AGUA P/ INJECAO 20FR 500ML-SANOBIOL LT 19-095073 (1) 09/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19095073, Qtde: 1, Data Fab: 10/09/2019, Data Val: 10/09/2021)	30049099	000	5102	CX	1	45,9500	45,95	45,95	8,27		18,00	
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS08219 (1) 06/2-021 (Fornecedor: 7736, Lote: AS08219, Qtde: 1, Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 30/06/2021)	30045090	000	5102	CX	1	197,7700	197,77	197,77	23,73		12,00	

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613654069883359300002034312181420000015520

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 12.010

NOSSO NUMERO 6136406988

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 22/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 155,20

VALOR COBRADO 155,20
=====

NR.AUTENTICACAO D.A2F.9F9.35C.02F.A7C

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 273677
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 1204 0278 9400 0164 5500 1000 2736 7710 0054 3462

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

135190977707011 23/12/2019 16:11:16

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

23/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
23/12/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
16:10

FATURA / DUPLICATA

001 22/01/2020 155,92

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

155,92

VALOR DO ICMS

18,71

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

155,92

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

155,92

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
O EMITENTE

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
RUA SAO PAULO, 31

MUNICÍPIO
SANTOS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

10,00

PESO LÍQUIDO

10,00

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
15338	AGUA DESTILADA 200/10ML-ISOFARMA AMPOLA PLASTICO (Lote: 9100532, Qtde: 4, Dt Val: 28/10/2022)	30049099	000	5102	CX	4	38,9800	155,92	155,92	18,71		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO DA ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITEM 1 ALIQUOTA 12% CONF. INCISO XVII DO ART.54RICMS/SP
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 18,71, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 18,71
Pedido: 472331
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/12/2019
ASS. *hams*
Raiz Maroni Silva

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613654083303359600002034312581420000121200

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 12.011

NOSSO NUMERO 6136408330

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 22/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.212,00

VALOR COBRADO 1.212,00
=====

NR.AUTENTICACAO 1.58E.786.49F.EB8.44B

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPA0002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 21697
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3519 1204 0278 9400 0750 5500 1000 0216 9710 0083 4180

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
135190978254682 23/12/2019 19:26:06

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
23/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
23/12/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
19:25

FATURA / DUPLICATA

001 22/01/2020 1.212,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.197,33	VALOR DO ICMS 215,52	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.212,00
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 1.212,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA D - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,00	PESO LÍQUIDO 2,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
15582	PARACETAMOL 200MG 15ML GTS GEN.- -EMS (Lote: 1F3620, Qtde: 10, Dt Val: 31/08/2022)	30049045	520	5102	FR	10	2,4000	24,00	9,33	1,68		18,00	
26473	HEMOFOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 19090304, Qtde: 10, Dt Val: 30/- 09/2021)	30049099	000	5102	CX	10	118,8000	1.188,00	1.188,00	213,84		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO DA ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis UTI Mirandópolis - Convenio
0107/2017
ITEM 1 Redução de Base cf. artigo 3º, XXIV do AnexoII, do RICMS/00 SP
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 215,52, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 215,52
Pedido: 24646
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/12/2019
ASS. *Raúl*

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100768003170881440000131222

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 12.012

NOSSO NUMERO 17115360000768003

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 24/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.312,22

VALOR COBRADO 1.312,22

=====

NR.AUTENTICACAO 4.0FA.45F.06B.224.7B0

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1239131 FL 1 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2391 3115 6500 5260

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

135190936551833 10/12/2019 16:21:32

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

10/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

10/12/2019

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
1239131/1	24/01/2020	1.312,22						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.312,22	208,22	0,00	0,00	1.312,22
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.312,22

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 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,01825	9,428	9,428

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
028292	BROMOPRIDA 10MG/2ML (UNIAO QUIMICA) (ITEM GENERICO) L: 1939869 Q: 50,0000 F: 01/10/19 V: 30/10/2022	30049045	000	5102	AP	50,00	0,9986	49,93	49,93	5,99	0,00	12,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19050436 Q: 150,0000 F: 30/05/19 V: 30/05/2021	30049099	000	5102	AP	150,00	4,8167	722,51	722,51	130,05	0,00	18,00	0,00
030867	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML,CLORIDRATO (ISOFARMA/HALEX) L: 9080263 Q: 240,0000 F: 13/08/19 V: 13/08/2021	30049041	000	5102	AP	240,00	0,2937	70,49	70,49	12,69	0,00	18,00	0,00
025012	FLUCONAZOL 2MG/ML S.FECHADO (SANOBIOI) (ITEM GENERICO) L: 19095051 Q: 12,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30049099	000	5102	BO	12,00	11,748	140,98	140,98	16,92	0,00	12,00	0,00
011763	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19080237 Q: 10,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021	30049043	000	5102	TB	10,00	4,0531	40,53	40,53	7,30	0,00	18,00	0,00
018197	AGUA PARA INJECAO 10ML (ISOFARMA/HALEX) L: 9090366 Q: 400,0000 F: 28/09/19 V: 28/09/2022	30049099	000	5102	AP	400,00	0,2482	99,28	99,28	11,91	0,00	12,00	0,00
023674	FENTOINA 50MG/ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AY-002/19 Q: 100,0000 F: 28/02/19 V: 30/01/2021 *** Portaria 344/98 C1	30049099	000	5102	AP	100,00	1,7622	176,22	176,22	21,15	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 11/12/2019 Pedido: 1520312 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1520312 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: 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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 11/12/2019
ASS. *Raís maroni Silva*

Identificação do emitente

**COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA**PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1239131

FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2391 3115 6500 5260

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

135190936551833 10/12/2019 16:21:32

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
006178	METADONA 5MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19080326 Q: 20,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021 *** Portaria 344/98 A1	30049039	000	5102	CP	20,00	0,6141	12,28	12,28	2,21	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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100768097172281440000077213

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

12.013

NOSSO NUMERO

17115360000768097

CONVENIO

01711536

DATA DE VENCIMENTO

24/01/2020

DATA DO PAGAMENTO

20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO

772,13

VALOR COBRADO

772,13

=====

NR.AUTENTICACAO

0.0F3.F87.6A3.34B.B69

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

Identificação do emitente

Rioclareense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC: SHELIO 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. 1239281 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2392 8119 4252 8856

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

135190937286429 10/12/2019 19:22:40

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

10/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

10/12/2019

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
1239281/1	24/01/2020	772,13						

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	
772,13	138,98	0,00	0,00	772,13	
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	772,13

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEICULO	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 2250			SAO JOSE DO RIO PRETO				SP	647598751114	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO		PESO BRUTO		PESO LIQUIDO		
5.00	VOLUME(S)		0.09717		30.607		30.607		

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
015423	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE PREMIUM IN) L: 1910000049 Q: 12,0000 F: 30/07/17 V: 30/09/2024 L: 1911000153 Q: 24,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2024	30059090	000	5102	RO	36,00	0,8811	31,72	31,72	5,71	0,00	18,00	0,00
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW257 Q: 1.000,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2024	65069900	200	5102	PC	1.000,00	0,0444	44,40	44,40	7,99	0,00	18,00	0,00
028659	APARELHO DE BARBEAR (MAXICOR) L: 190108 Q: 20,0000 F: 01/02/19 V: 01/02/2024	82121020	200	5102	PC	20,00	0,5036	10,07	10,07	1,81	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L: C8947 Q: 12,0000 V: 30/05/2021	33069000	000	5102	FR	12,00	5,0516	60,62	60,62	10,91	0,00	18,00	0,00
017482	LUIVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO P VINIL (DESCARPA CK) L: SVLJAA055S Q: 1.000,0000 V: 31/10/2023	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,1079	107,90	107,90	19,42	0,00	18,00	0,00
030004	LUIVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G (TALGE) L: TLLMI019 Q: 1.000,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2024	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,151	151,00	151,00	27,18	0,00	18,00	0,00
029589	LUIVA DE PROCEDIMENTO M NITRILE S/TALCO (TALGE) L: TLNMT012 Q: 1.000,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2024	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,1586	158,60	158,60	28,55	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

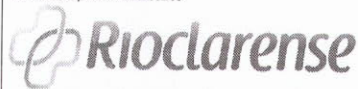
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 11/12/2019 Pedido: 1520299 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1520299 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclareense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. 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

Convenio nº 001/2019
Termo Aditivo nº 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 12/12/2019
ASS. *Lucas Mariani*
Silva

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP

CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1239281

FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2392 8119 4252 8856

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

135190937286429 10/12/2019 19:22:40

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	IPI
030027	COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (ASTROMED) L: 13ABXS2072019 Q: 30,0000 V: 30/07/2024	48191000	000	5102	PC	30,00	3,172	95,16	95,16	17,13	0,00	18,00	0,00
028763	EQUIPO MACRO-GOTAS INJ LAT.AR FILTRO 1,5 (DESCARP ACK) L: SEMAAA0261 Q: 50,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2024	90189010	200	5102	PC	50,00	0,6721	33,61	33,61	6,05	0,00	18,00	0,00
027570	EQUIPO MACRO-GOTAS P/ ALIMENTACAO ENTER. (DESC ARPACK) L: SENAAA0019 Q: 40,0000 F: 30/07/19 V: 30/06/2024	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: 191 1 Q: 50,0000 F: 01/11/19 V: 30/11/2024	63079010	000	5102	PC	50,00	0,9046	45,23	45,23	8,14	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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

0019061357729153359200002034312381440000032655

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 12.014

NOSSO NUMERO 6135772915

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 24/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 326,55

VALOR COBRADO 326,55

=====

NR.AUTENTICACAO 0.50A.F5C.208.A02.CC7

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



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1061457
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5219 1204 0278 9400 0326 5500 1001 0614 5710 0030 2933

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

152192741529091 10/12/2019 20:03:36

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

10/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

10/12/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

20:01

FATURA / DUPLICATA

001 24/01/2020 326,55

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

319,62

VALOR DO ICMS

15,55

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

326,55

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

326,55

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
VEÍCULO PROPRIO

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO
AV. JOSÉ SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO
CATALÃO

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

1,60

PESO LÍQUIDO

1,60

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26034	CLOR.TRAMADOL 100MG 60/2ML GEN-TEUTO A2 (Lote: 9069286, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/20-21)	30049039	520	6108	CX	1	41,5500	41,55	34,62	4,15		12,00	
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365-060BD 365060 (Lote: 9050726, Qtde: 100, Dt Val: 31/03/2021)	90183119	200	6108	CX	100	2,8500	285,00	285,00	11,40		4,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITEM 1 RED.BASE DE CÁLCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 2 Resolução Senado Federal nº 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

ITEM 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III

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

ITEM 1 ALÍQ.12% CF LEI GENEICOSSP 16005/2015

ITEM 2 Aliq. 12% conf. art. 54 inciso XV da alínea "D" do RICMS/SP

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 22,80

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 15,55, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 15,55

Pedido: 1132618

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 11/12/19
ASS. *Sodora*

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613576198363359700002034312981440000020800

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI H COMERCIO IMPORTACAO EXPOR

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFA DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 12.015

NOSSO NUMERO 6135619836

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 24/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 208,00

VALOR COBRADO 208,00
=====

NR.AUTENTICACAO 6.82D.B6F.80F.FB4.4E6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
T.ºº 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 18359
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 1204 0278 9400 0750 5500 1000 0183 5910 0008 4106

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
135190937515660 10/12/2019 21:05:13

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

10/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

10/12/2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

21:04

FATURA / DUPLICATA

001 24/01/2020 208,00

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
208,00	37,44	0,00	0,00	208,00
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
				208,00

NOME / RAZÃO SOCIAL
O EMITENTE

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
RUA SAO PAULO, 31

MUNICÍPIO
SANTOS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

QUANTIDADE

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
27701	DIMORF 1MG/ML 50/2ML EST-CRISTALIA A1 (Lote: 19050392, Qtde: 1, Dt Val: 31/0- 5/2021)	30044990	000	5102	CX	1	208,0000	208,00	208,00	37,44		18,00	
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio													

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis UTI Mirandópolis - Convenio
0107/2017
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 37,44, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 37,44
Pedido: 20954
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/12/19
ASS. Isadora

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	12/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2020
VALOR DO INSS	8.638,14
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	8.638,14

=====

DOCUMENTO: 012016

AUTENTICACAO SISBB: 2.4D5.7DE.935.6FE.69C

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.17
6790306790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	12/2019
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/01/2020
VALOR DO INSS	8.638,14
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	8.638,14

=====

DOCUMENTO: 012016

AUTENTICACAO SISBB: 2.4D5.7DE.935.6FE.69C

***** 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 Brandt Faria de Mirandópolis
Tipo Despesa. Custeio

Mina

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	12/2019
		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	8.638,14
		7 -	
		8 -	
		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2020	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	8.638,14
		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	12/2019
		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	8.638,14
		7 -	
		8 -	
		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/01/2020	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	8.638,14
		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

20/01/2020
 211

Empregados

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
2329	ALCIONE BOGAZ	1.841,58	0,00	0,00	0,00	9,00	165,73
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	4.661,97	0,00	0,00	0,00	11,00	512,81
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	4.106,78	0,00	0,00	0,00	11,00	451,74
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.865,30	0,00	0,00	0,00	9,00	167,87
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.868,81	0,00	0,00	0,00	9,00	168,18
2336	BIANCA CAETANO COSTA	3.154,40	0,00	0,00	3,83	11,00	346,55
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	1.007,61	0,00	0,00	0,00	8,00	80,60
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.841,27	0,00	0,00	0,00	9,00	165,71
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.820,96	0,00	0,00	0,00	9,00	163,88
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.654,61	0,00	0,00	0,00	8,00	132,36
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.864,33	0,00	0,00	0,00	9,00	167,78
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.884,85	0,00	0,00	0,00	9,00	169,63
2135	EDILENE MANOEL	1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.618,12	0,00	0,00	0,00	8,00	129,45
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.618,57	0,00	0,00	0,00	8,00	129,49
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.425,75	0,00	0,00	0,00	8,00	114,06
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.408,42	0,00	0,00	0,00	8,00	112,67
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.820,94	0,00	0,00	0,00	9,00	163,88
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	2.854,91	0,00	0,00	0,00	9,00	256,93
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.947,33	0,00	0,00	0,00	9,00	175,25
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	1.820,95	0,00	0,00	0,00	9,00	163,89
2142	LUIS FERNANDO BETONI	2.776,66	0,00	0,00	0,00	9,00	249,90
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.441,93	0,00	0,00	0,00	8,00	115,35
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	2.805,23	0,00	0,00	0,00	9,00	252,47
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	2.896,28	0,00	0,00	0,00	9,00	260,66
2871	NILZA PEREIRA GARCIA	376,23	0,00	0,00	0,00	8,00	30,09
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.841,27	0,00	0,00	0,00	9,00	165,71
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	2.078,84	0,00	0,00	0,00	9,00	187,09
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.859,21	0,00	0,00	0,00	9,00	257,32
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.599,06	0,00	0,00	0,00	8,00	127,92
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.885,54	0,00	0,00	0,00	9,00	169,70
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.811,53	0,00	0,00	0,00	9,00	162,89
2159	SONIA MARIA RIZZO	1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2815	TANIA MARA BARRETO	1.597,31	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.684,15	0,00	0,00	0,00	11,00	515,25
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.597,32	0,00	0,00	0,00	8,00	127,78
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	3.352,56	0,00	0,00	0,00	11,00	368,78
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	3.028,06	0,00	0,00	0,00	11,00	333,08
Empregados:	44	Total:	93.147,82	0,00	0,00	3,83	8.641,97
Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	44	Total:	93.147,82	0,00	0,00	3,83	8.641,97

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	26.526,10	0,00	2.122,01					
Faixa	9,00	40.385,79	0,00	3.634,47					
Faixa	11,00	26.235,93	0,00	2.885,49					
Total	93.147,82	0,00	8.641,97	0,00	0,00	0,00	3,83	0,00	8.638,14

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399862915103300000404907201018781380000106841

BENEFICIARIO:

HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE

NOME FANTASIA:

HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE

CNPJ: 02.786.436/0001-83

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 12.017

DATA DE VENCIMENTO 18/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.068,41

VALOR COBRADO 1.068,41

=====

NR.AUTENTICACAO C.5A7.0BE.9CC.85A.21A

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

 RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO 17015-022 BAURU SP Telefone(14) 3366-6900		Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 45831 Série 0 FL 1/1													
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDAS MERC.AD/REC.TERC				CHAVE DE ACESSO 3519 1202 7864 3600 0183 5500 0000 0458 3118 0621 1143											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209248284110		INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 02.786.436/0001-83											
				CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA											
				PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190968668225 19/12/2019 16:26:38											
DESTINATÁRIO / REMETENTE															
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02											
ENDEREÇO RUA 7 DE SETEMBRO, 529				BAIRRO / DISTRITO CENTRO											
MUNICÍPIO BILAC				CEP 16200-000											
FONE/FAX (14) 3532-5198				UF SP											
				INSCRIÇÃO ESTADUAL											
				HORA SAÍDA / ENTRADA 16:25											
FATURA															
0 - À vista 18/01/2020 1.068,41 1 - À prazo 17/02/2020 1.068,41															
CÁLCULO DO IMPOSTO															
BASE DE CÁLCULO ICMS 0,00		VALOR ICMS 0,00		BASE CÁLCULO 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											
				VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.136,82											
				VALOR TOTAL DA NOTA 2.136,82											
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS															
RAZÃO SOCIAL NOROESTE EXPRESS LOGISTICA E TRANSP LTDA				FRETE POR CONTA 0-CIF											
ENDEREÇO RUA JOAQUIM ANACLETO BUENO, 2-50				CÓDIGO ANTT											
QUANTIDADE 2				PLACA VEÍCULO											
ESPÉCIE CX				UF SP											
MARCA				CNPJ/CPF 20762390000144											
NUMERAÇÃO				INSCRIÇÃO ESTADUAL 209552434112											
				PESO BRUTO 15,000											
				PESO LÍQUIDO 15,000											
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CÓDIGO DOS PRODUTOS	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CRT	CST	CFOP	UN	QTDE	VLR UNITÁRIO	VLR TOTAL	DESC.	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
54	KABIVEN 1900 KCAL / 2053 ML Lote 10NC5000 Val 28-02-21 Qtd 7,00 Vir aprox. tributos RS 673,09 (31,5000% Conf.Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	7,000	305,2600	2.136,82						
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio															
CÁLCULO DO ISSQN															
INSCRIÇÃO MUNICIPAL / CNAE		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR DO ISSQN									
DADOS ADICIONAIS															
ICMS Desonerado 0,00		ICMS FCP p/UF dest		Vir ICMS Inter. p/destino		Vir ICMS Inter. p/remetente		Vir IPI devol. 0,00		RESERVAÇÃO DE FISCAL					
Ind. presença 3=Operação não presencial, Teletendimento															
PEDIDO PASSADO POR MICHELE-CONS E DIG POR DRIELY ENDEREÇO DE ENTREGA: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDÓPOLIS OBS: UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 MONTADO POR LENADRO E FAT POR LUCAS															
SINC Release 15.1 Support Informática - 14 3269-3330 - www.supportweb.com.br															

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/12/19
ASS. *[assinatura]*

27/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 11:07:05
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	27/01/2020
NR. DOCUMENTO	550.448.000.016.147
VALOR TOTAL	200,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIA MAIARA POSSENTI
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 16.147-0
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

NR.AUTENTICACAO	3.405.4FA.2FB.E97.2F4
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		Janeiro de 2020	
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		
318	ADIANTAMENTO	200,00	200,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80		
998	I.N.S.S.	8,00		116,01	
309	DESCONTO ADIANTAMENTO	200,00		200,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.650,13	316,01	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.334,12	
conta corrente: 16147-0			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.450,13	1.450,13	116,01	1.334,12	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		Janeiro de 2020	
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		
318	ADIANTAMENTO	200,00	200,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80		
998	I.N.S.S.	8,00		116,01	
309	DESCONTO ADIANTAMENTO	200,00		200,00	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.650,13	316,01	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.334,12	
conta corrente: 16147-0			⇒		
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.450,13	1.450,13	116,01	1.334,12	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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:17
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613329848213347100001526110981470000084800

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 12.701

NOSSE NUMERO 6133984821

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 27/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 27/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 848,00

VALOR COBRADO 848,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.852.14B.F81.296.3F1

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



Samtronie Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 5511 22447751DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA
N. 000227566
SÉRIE 1
FOLHA 01/01CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3519 1258 4266 2800 0133 5500 1000 2275 6611 0020 4811Consulta 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

135190969184816 19/12/2019 18:31:42-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIE.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA DE EMISSÃO

19/12/2019

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001

18/01/2020

424,00

002

17/02/2020

424,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

848,00

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

848,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

BRASPRESS TRANSPORTE URGENTE

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

48.740.351/0082-20

ENDEREÇO

RUA JUSSARA

MUNICÍPIO

BARUERI

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

206233560117

QUANTIDADE

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

2,430

PESO LÍQUIDO

2,125

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD

EE905200

DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.

EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO

(CX 50UN)

Lote (S): DEZ1990523408003

- Val

Idade: 31/12/2022

NCM/SH

90189099

CST

040

CFOP

5101

UN

UN

QUANT.

50,0000

V.UNITARIO

16,96000000

V.TOTAL

848,00

BC.ICMS

0,00

V.ICMS

0,00

V.IPI

0,00

A.ICMS

0,00%

A.IPI

0,00%

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

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135190969184816

ENTREGA ENTREGA Dr Raul da Cunha Bueno n585 Mirandópolis - SP - CEP 16800-000

ALÍQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO

DESCARTAVEL DE CIRCULAÇÃO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENÇÃO DE ICMS

CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE

31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALÍQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE

ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereço de

entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDÓPOLIS, - *** Pedido de

Venda: 441166 *** Cotacao Numero: 4890

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 27/12/19

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

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:18
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10495569605600010004200000299867381480000019600

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 12.702

DATA DE VENCIMENTO 28/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 27/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 196,00

VALOR COBRADO 196,00

NR.AUTENTICACAO 7.3C2.92F.E0C.E1D.646

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: 07/01/2020 VALOR TOTAL: R\$ 196,00 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AV DR RAUL DA CUNHA BUENO, 585 CENTRO MIRANDOPOLIS-SP

NF-e

Nº. 000.007.653
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

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. 000.007.653
Série 001
Folha 1



CHAVE DE ACESSO

4320 0108 1452 5000 0121 5500 1000 0076 5310 0120 6073

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

143200002862918 - 07/01/2020 11:47:41

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

07/01/2020

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. 28/01/2020
Valor R\$ 196,00

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
152,00	18,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,99	152,00
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	9,12		4,56	196,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS

FRETE POR CONTA

(1) Dest/Rem

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

34.028.316/0026-61

ENDEREÇO

AVENIDA PRESIDENTE FRANKLIN ROSELVELT, 1311

MUNICÍPIO

PORTO ALEGRE

UF

RS

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

1

VOLUMES

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

0,520

0,520

DADOS 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	Val Imp. Aprox.	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
39314	PAPEL PARA ECG MAC 800 110X140X350FLS LOTE: 760/18	48234000	000	6102	UN.	4,0000	38,0000	152,00	152,00	18,24			12,00	
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 14/01/2020 ASS. <i>Daís</i>														

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. fisco: A/C UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017

RESERVADO AO FISCO

02/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:49:18
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090224871700700020020178281500000025422

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 12.703

NOSSO NUMERO 22487170000020020

CONVENIO 02248717

DATA DE VENCIMENTO 30/01/2020

DATA DO PAGAMENTO 27/01/2020

VALOR DO DOCUMENTO 254,22

VALOR COBRADO 254,22

=====

NR.AUTENTICACAO 3.48C.C16.B3F.2B0.47A

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 000017957 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 000017957 Data Emissão 16/01/2020
--	---	---	---

Nº Fatura 000017957	Valor R\$ 254,22	Vencimento 30/01/2020
------------------------	---------------------	--------------------------

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 QUATRO REAIS E VINTE E DOIS CENTAVOS
--

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/12/201 9 A 16/01/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 1237 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 74,22	1	254,22		254,22
Valor total da nota R\$			0,00	254,22

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 00020.020178 2 81500000025422
--	--------------	--

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO	Vencimento 30/01/2020
--	---------------------------------

Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34 RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-	Agência / Código Beneficiário 0141-4/00100131-0
--	--

Data do Documento 16/01/2020	Número do Documento 000017957/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/01/2020	Nosso Número 22487170000020020
---------------------------------	------------------------------------	--------------------	-------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Uso do Banco 17	Carteira R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 254,22
--------------------	-----------------	------------	-------	---

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 Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio	(-) 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 22487170000020020
--	--

Pagador/Avalista



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

27/01/2020
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 100.794,90

DEBITO EM: 27/01/2020

=====

DOCUMENTO: 012704

AUTENTICACAO SISBB: F.DB4.BA3.BED.755.BE2

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 242	
Data e Hora da Emissão	24/01/2020 09:01:59	Competência	24/1/2020	Código de Verificação	WNVAFFPY9		
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP		
Prestador de Serviço							
Razão Social/Nome		WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP					
Nome Fantasia							
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP		
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385						
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	(16)3419-8647	e-mail	fiscal@mccassessoria.com.br		
Tomador de Serviço							
Razão Social/Nome		ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL					
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP		
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400						
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br		
Discriminação do Serviço							
Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP Plantonistas Coordenação/Diaristas Convênio 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019							
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2019 Fonte de Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE 090196 - Hospital Estadual "Dr Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo Despesa. Custeio							
Código do Serviço / Atividade							
7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente							
Detalhamento Específico da Construção Civil							
Código da Obra				Código ART			
Tributos Federais							
PIS (R\$)	698,10	COFINS (R\$)	3.222,00	IR (R\$)	1.611,00	INSS (R\$)	
						CSLL (R\$)	1.074,00
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço			Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município		
Valor do Serviço R\$	107.400,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$	107.400,00	
(-) Desconto Incondicionado	0,00		1-Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00	
(-) Desconto Condicionado	0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado	0,00	
(-) Retenções Federais	6.605,10		0-Nenhum		Base de Cálculo	107.400,00	
(-) Outras Retenções	0,00		Opção Simples Nacional		(x) Aliquota %	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.							

24/01/2020
211



Aviso de lançamento

G333021207108482655
02/02/2020 16:00:18

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

Data 29/01/2020 Valor R\$ 1.948,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 80, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILENE MANOEL, CPF/CNPJ 291.914.308-52, na conta 19.434, agência 0448 do banco 001, sob número de autenticação B.B5B.C92.E3E.E0C.20F.

(Um mil e novecentos e quarenta e oito reais 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 02/02/2020 16:00:18

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

30/01 - MIA
AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado
EDILENE MANOEL

Número Carteira Profissional
11009

Série
00240

PERÍODOS

De Aquisição
04/10/2018 A 03/10/2019

De Gozo das Férias
01/02/2020 A 01/03/2020 = 30 Dias

De Abono

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 1.397,71
Média Horas: 0,00
Média Valores: 0,00
Outras Vantagens: 207,80
TOTAL BASE CALCULO: 1.605,51

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 1.605,51 P
1/3 das Férias: 535,17 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: 192,66 D
Desconto do imposto de Renda: 0,00

TOTAL DOS PROVENTOS: 2.140,68 P
TOTAL DOS DESCONTOS: 192,66 D
TOTAL LIQUIDO: 1.948,02 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\$ 1.948,02 (um mil novecentos e quarenta e oito reais e dois centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 02/01/2020

EDILENE MANOEL

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\$ 1.948,02 (um mil novecentos e quarenta e oito reais e dois centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 30/01/2020
MIRANDOPOLIS

EDILENE MANOEL

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

27/01/2020
211



Aviso de lançamento

G333021207108482655
02/02/2020 16:00:18

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

Data 29/01/2020 Valor R\$ 2.240,37 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 80, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a RICARDO DE CARVALHO, CPF/CNPJ 281.686.478-23, na conta 19.423, agência 0448 do banco 001, sob número de autenticação 1.465.C13.813.960.0BA.

(Dois mil e duzentos e quarenta 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 02/02/2020 16:00:18

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 RICARDO DE CARVALHO	Número Carteira Profissional 69805	Série 00154
--	---------------------------------------	----------------

PERÍODOS

De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 01/02/2020 A 01/03/2020 = 30 Dias	De Abono
---	---	----------

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.397,71
Média Horas:	248,25
Média Valores:	15,17
Outras Vantagens:	207,80
TOTAL BASE CALCULO:	1.868,93

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.868,93	P
1/3 das Férias:	622,98	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:	224,27	D
Desconto do imposto de Renda:	27,27	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	2.491,91	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	251,54	D
TOTAL LIQUIDO:	2.240,37	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 2.240,37 (dois mil duzentos e quarenta reais e trinta e sete centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE, Data: 02/01/2020

RICARDO DE CARVALHO

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 2.240,37 (dois mil duzentos e quarenta reais e trinta e sete centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 30/01/2020
MIRANDOPOLIS

RICARDO DE CARVALHO

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

27 011
24

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3249-2 - P.GROSSA-CENTRO
CONTA: 1.062.460-3

FAVORECIDO: TANIA MARA BARRETO
CPF/CNPJ: 648.129.879-20 4.123,77
VALOR: R\$
DEBITO EM: 31/01/2020

=====

DOCUMENTO: 013102
AUTENTICACAO SISBB: 1.807.2DE.07B.FE1.5F1

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

Mina
31/01

$$\frac{3101}{110}$$

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 121.37609.31-4		11 Nome TANIA MARA BARRETO		
17 CTPS (nº, série, UF) 69585 - 022 / PR		18 CPF 648.129.879-20	19 Data de Nascimento 09/03/1968	20 Nome da Mãe JOSEFA DE LOURDES BARRETO
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 05/07/2019	25 Data do Aviso Prévio 21/01/2020	26 Data de Afastamento 21/01/2020	27 Cod. Afastamento SJ2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA		

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

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

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

_____/_____, ____ de _____ de _____.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
WAGNER LUIS MARTINS GALENTI
DIRETOR RH
287.630.968-89

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/02/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.49.18
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

Convenio	FGTS ARREC GRRF	
Codigo de Barras	85800000005-4	79140239202-5
	00131030063-9	58853494612-2
Data do pagamento		31/01/2020
Identificador	03006358853494612	
Data de vencimento		31/01/2020
Valor Total		579,14

DOCUMENTO: 013101

AUTENTICACAO SISBB: 1.DC4.A6C.CC9.C27.0F2

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



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 30/01/2020 17:58:43

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326		04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104	
05 - CEP 17.230-000		06 - Bairro/distrito CENTRO	
07 - Município MIRANDOPOLIS		08 - UF SP	
09 - FPAS 639		10 - Simples 1	
14 - Qtde Trabalhadores 1		11- Identificador 03006358853494612	
12- Total a Recolher 579,14		13- Data de Validade = 31/01/2020	

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858000000054 791402392025 001310300639 588534946122

Via Empresa



GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 30/01/2020 17:58:43

FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

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

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89	
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326		04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104	
05 - CEP 17.230-000		06 - Bairro/Distrito CENTRO	
07 - Município MIRANDOPOLIS		08 - UF SP	
09 - FPAS 639		10 - Simples 1	
14 - Qtde Trabalhadores 1		11- Identificador 03006358853494612	
12- Total a Recolher 579,14		13- Data de Validade = 31/01/2020	

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858000000054 791402392025 001310300639 588534946122



31/01
211

Via Banco

Janeiro

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	30/12	31/12	01/01	02/01	03/01	04/01	05/01
Manhã 07:00 13:00			Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017
Tarde 13:00 19:00			Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017
Noturno 19:00 07:00			Francisco Arrabal 164670	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	06/01	07/01	08/01	09/01	10/01	11/01	12/01
Manhã 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cesar Lopes 160017	Francisco Arrabal 164670	Cesar Lopes 160017
Tarde 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cesar Lopes 160017	Francisco Arrabal 164670	Cesar Lopes 160017
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Francisco Arrabal 164670	Cesar Lopes 160017

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	13/01	14/01	15/01	16/01	17/01	18/01	19/01
Manhã 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cesar Lopes 160017	Nathalia Barreto 155355	

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

Tarde 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cesar Lopes 160017	Nathalia Barreto 155355	
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Carlos Rocha 112846	Nathalia Barreto 155355	

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	20/01	21/01	22/01	23/01	24/01	25/01	26/01
Manhã 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cesar Lopes 160017	Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017
Tarde 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cesar Lopes 160017	Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	27/01	28/01	29/01	30/01	31/01	01/02	02/02
Manhã 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Francisco Arrabal 164670	Cesar Lopes 160017		
Tarde 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Francisco Arrabal 164670	Cesar Lopes 160017		
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Francisco Arrabal 164670	Francisco Arrabal 164670	Francisco Arrabal 164670		

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

Escala UTI Mirandópolis 01 2020.pdf

Código do documento 8272bffa-cb5b-474e-9b5b-fe81fa456a3e



Assinaturas

-  Cesar Augusto Ferreira lopes
cesaraflopes@hotmail.com
Assinou
-  Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou
-  carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou
-  Francisco Miguel Arrabal Junior
franciscoarrabaljr@gmail.com
Assinou
-  Bruna Raisa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou
-  Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou
-  Vanessa alves de lima
vaallima@yahoo.com.br
Assinou
-  Lucas Antonio Peron
lucasantonioperon@yahoo.com.br
Assinou










Eventos do documento

26 Dec 2019, 09:45:51

Documento número 8272bffa-cb5b-474e-9b5b-fe81fa456a3e **criado** por ROSANGELA DROPPE (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2019-12-26T09:45:51-03:00

26 Dec 2019, 09:48:26

Lista de assinatura **iniciada** por ROSANGELA DROPPE (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2019-12-26T09:48:26-03:00

26 Dec 2019, 15:15:16

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

CARLOS EDUARDO MENDONÇA DA ROCHA **Assinou** (Conta 6a869bb9-bf77-4cb5-ab1b-aea9faa05fde) - Email: carlosrocha59@gmail.com - IP: 187.95.2.37 (wlan-187-95-2-37.clickrede.com.br porta: 19742) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2019-12-26T15:15:16-03:00

26 Dec 2019, 19:47:22

LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 189.18.196.44 (189-18-196-44.dsl.telesp.net.br porta: 8436) - Geolocalização: -21.20859218708883 -50.430723818503836 - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE_ATOM: 2019-12-26T19:47:22-03:00

27 Dec 2019, 17:19:37

VANESSA ALVES DE LIMA **Assinou** (Conta ab8750ea-87db-4eba-8d7e-c0e544739551) - Email: vaallima@yahoo.com.br - IP: 191.29.181.72 (191-29-181-72.user.vivozap.com.br porta: 39542) - Documento de identificação informado: 294.773.748-22 - DATE_ATOM: 2019-12-27T17:19:37-03:00

30 Dec 2019, 10:48:14

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 45.239.204.16 (45.239.204.16 porta: 38768) - Geolocalização: -21.81312839257511 -49.60139369196536 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2019-12-30T10:48:14-03:00

01 Jan 2020, 01:50:30

FRANCISCO MIGUEL ARRABAL JUNIOR **Assinou** (Conta 3cd6751c-5471-4905-a9f5-e244226afbea) - Email: franciscoarrabaljr@gmail.com - IP: 187.95.2.37 (wlan-187-95-2-37.clickrede.com.br porta: 53124) - Documento de identificação informado: 066.300.299-09 - DATE_ATOM: 2020-01-01T01:50:30-03:00

01 Jan 2020, 08:20:51

NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 187.72.236.27 (187-072-236-027.static.ctbctelecom.com.br porta: 24042) - Geolocalização: -17.7687257781161 -48.75585425613115 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-01-01T08:20:51-03:00

05 Jan 2020, 22:29:38

BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com - IP: 177.220.173.140 (140.173.220.177.rfc6598.dynamic.copelfibra.com.br porta: 22144) - Geolocalização: -22.836709756342305 -51.981038216481785 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2020-01-05T22:29:38-03:00

15 Jan 2020, 09:06:42

CESAR AUGUSTO FERREIRA LOPES **Assinou** (Conta 15f901d7-6691-4076-9960-278adf46aa30) - Email: cesaraflopes@hotmail.com - IP: 138.0.140.159 (138.0.140.159 porta: 62202) - Geolocalização: -21.124889517187498 -51.10306104137936 - Documento de identificação informado: 137.028.068-81 - DATE_ATOM: 2020-01-15T09:06:42-03:00

Hash do documento original

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



5 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 13 de fevereiro de 2020,
16:38:32

ntp.br

(SHA256):ebcc895f7988e33b3e5eb68cc24b7107162247437aab3c805bfb58d96419c7d

(SHA512):683abd374faee4d6343cf126570cb8ad7420e0b68ada3b6c7c206a5dfe9505a6fb3f1aaca3459f1fdadb008bd10c01604748bf59056bb49ea8d268c2e322b4

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

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

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 26 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	LUIS FERANDO BETONI
Departamento	UTI MIRANDOPOLIS

21/11 qui	11:56	15:25	15:46	18:22	05:45	00:00	00:00	06:05
22/11 sex	17:53	20:00	20:15	23:53	05:45	02:09	00:00	05:45
23/11 sab	11:53	16:40	16:55	18:12	05:45	00:00	00:00	06:04
24/11 dom	05:53	09:15	09:39	12:30	05:45	00:00	00:00	06:13
25/11 seg	11:52	17:15	17:30	17:56	05:45	00:00	00:00	05:45
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	11:51	16:10	16:25	18:19	05:45	00:00	00:00	06:13
28/11 qui	05:59	13:16	14:30	18:24	05:45	00:00	00:00	11:11
29/11 sex	17:54	22:10	22:25	23:56	05:45	02:12	00:00	05:45
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	11:58	16:30	16:45	18:00	05:45	00:00	00:00	05:45
02/12 seg	11:55	14:45	15:00	18:08	05:45	00:00	00:00	05:58
03/12 ter	11:56	15:30	15:45	18:00	05:45	00:00	00:00	05:45
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	05:58	11:30	12:30	18:09	05:45	00:00	00:00	11:11
08/12 dom	11:48	14:45	15:06	18:23	05:45	00:00	00:00	06:14
09/12 seg	11:51	16:00	16:15	18:14	05:45	00:00	00:00	06:08
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	11:53	14:10	14:32	18:10	05:45	00:00	00:00	05:55
13/12 sex	11:52	15:32	15:46	18:09	05:45	00:00	00:00	06:03
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	05:55	10:40	10:55	13:33	05:45	00:00	00:00	07:23
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 17 dias, 13 folgas/feriados					97:45	04:21	00:00	113:23

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga
15/5 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

LUIS FERANDO BETONI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 42 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário VIVIANE LIE YOKOYAMA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
FISIOTERAPEUTA

21/11 qui	05:56	11:11	11:21	12:05	05:45	00:00	00:00	05:45
22/11 sex	05:52	11:11	11:25	11:49	05:45	00:00	00:00	05:45
23/11 sab	05:52	11:11	11:19	12:08	05:45	00:00	00:00	06:08
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	05:52	11:14	11:29	12:07	05:45	00:00	00:00	06:00
26/11 ter	05:54	11:11	11:22	11:57	05:45	00:00	00:00	05:45
27/11 qua	06:03	11:11	11:21	11:57	05:45	00:00	00:00	05:45
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	05:55	11:11	11:21	11:56	05:45	00:00	00:00	05:45
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	05:48	11:04	11:15	12:07	05:45	00:00	00:00	06:08
03/12 ter	05:53	11:11	11:21	12:16	05:45	00:00	00:00	06:13
04/12 qua	05:52	11:23	11:27	11:57	05:45	00:00	00:00	06:01
05/12 qui	05:57	11:16	11:21	11:52	05:45	00:00	00:00	05:45
06/12 sex	05:53	11:11	11:21	11:57	05:45	00:00	00:00	05:45
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	05:42	Folga			00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	05:42	11:11	11:21	12:03	05:45	00:00	00:00	06:11
10/12 ter	05:46	11:17	11:20	11:54	05:45	00:00	00:00	06:05
11/12 qua	05:52	10:55	11:11	12:02	05:45	00:00	00:00	05:45
12/12 qui	05:56	11:11	11:21	12:13	05:45	00:00	00:00	06:07
13/12 sex	05:52	11:11	11:21	12:06	05:45	00:00	00:00	06:04
14/12 sab	05:43	11:20	11:31	11:58	05:45	00:00	00:00	06:04
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	05:43	11:35	11:49	12:00	05:45	00:00	00:00	06:03
17/12 ter	05:57	11:11	11:18	12:06	05:45	00:00	00:00	06:02
18/12 qua	05:13	11:11	11:21	11:51	05:45	00:00	00:00	06:28
19/12 qui	05:53	11:12	11:21	11:55	05:45	00:00	00:00	05:45
20/12 sex	05:48	11:28	11:54	12:00	05:45	00:00	00:00	05:45
TOTAL: 23 dias, 7 folgas/feriados					132:15	00:00	00:00	137:04

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 Seg á sext - Mirandópolis -
Início: Segunda
5 dias x 07:00-11:00 R 11:15-13:00 = 05:45 Folga 2 dias
15/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


VIVIANE LIE YOKOYAMA
21/01/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 24 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	06:59	13:50	15:12	19:23	11:00	00:00	00:00	11:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	06:57	13:10	14:49	19:06	10:30	00:00	00:00	10:30
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	06:48	13:19	14:27	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	06:59	11:56	13:00	19:15	11:00	00:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	07:07	13:12	14:15	19:05	10:55	00:00	00:00	10:55
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	07:06	12:04	13:11	19:07	10:54	00:00	00:00	10:54
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	07:03	14:26	15:28	19:18	11:00	00:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	07:06	13:15	14:23	19:03	10:49	00:00	00:00	10:49
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	06:56	14:28	15:36	19:21	11:00	00:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	10:25	14:46			04:21	00:00	00:00	04:21
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	06:41	12:06	12:56	19:08	11:37	00:00	00:00	11:37
12/12 qui	07:01	13:04	14:16	18:23	10:10	00:00	00:00	10:10
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	06:58	14:45	15:58	19:16	11:00	00:00	00:00	11:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	07:09	13:14	14:18	19:08	10:55	00:00	00:00	10:55
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	07:13	13:59	15:18	19:17	10:45	00:00	00:00	10:45
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					156:56	00:00	00:00	156:56

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Leticia Ferraz
LETICIA MAIARA DOS SANTOS
20/12/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 30 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
	Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	07:02	13:50	14:58	17:45	09:35	00:00	00:00	09:35
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	07:06	13:11	14:21	19:03	10:47	00:00	00:00	10:47
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	07:03	13:38	14:43	19:16	11:00	00:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	07:06	13:12	14:08	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	07:03	13:17	14:19	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	07:12	14:27	15:32	19:19	11:00	00:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	06:06	13:16	14:28	17:35	09:23	00:00	00:00	10:17
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	07:05	14:28	15:35	19:21	11:00	00:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	07:00	14:47	15:47	17:40	09:40	00:00	00:00	09:40
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	06:05	13:37	14:46	17:32	09:23	00:00	00:00	10:18
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	07:07	13:28	14:38	19:09	10:52	00:00	00:00	10:52
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	07:14	13:33	14:37	19:16	10:58	00:00	00:00	10:58
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	06:59	13:14	14:18	19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	07:00	13:59	15:12	19:17	11:00	00:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					147:38	00:00	00:00	149:27

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Natalia Pazinato
NATALIA PAZINATO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

10/01/2020

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 19 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	06:50	13:15	14:19	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	06:57	12:20	13:22	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	06:53	13:24	14:33	18:58	10:56	00:00	00:00	10:56
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	06:52	14:25	15:21	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	06:50	09:06	11:01	19:02	10:17	00:00	00:00	10:17
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	06:48	12:18	13:23	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	06:39	13:57	14:57	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	06:48	14:02	15:41	19:08	10:41	00:00	00:00	10:41
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	06:53	12:53	13:55	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	06:49	12:23	13:36	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	06:48	11:13	12:43	19:09	10:51	00:00	00:00	10:51
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	06:39	15:54	17:01	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	06:45	12:20	13:31	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	18:21	21:03	21:56	06:23	10:30	08:00	00:00	11:09
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					152:15	08:00	00:00	152:54

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 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
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

IZABEL CRISTINA DE SOUZA
23/12/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 13 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	18:54	19:58	20:53	06:57	11:00	08:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:53	20:06	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	18:54	19:30	20:18	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	18:49	19:59	20:51	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	18:47	19:35	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	19:01	19:28	20:20	10:52	11:00	08:00	00:00	14:52
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	18:49	20:04	21:03	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	18:54	20:20	21:11	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	18:48	20:03	20:57	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/12 sex	18:52	20:12	21:14	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	18:51	19:32	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:54	20:03	20:55	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	18:56	20:35	21:44	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados, 1 afastamento					143:00	104:00	00:00	146:52

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Denise P. A. L. Souza
DENISE PRISCILA ANCILOTTO
LISBOA DE
02/02/2020
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 15 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILENE MANOEL
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEG DE
ENFERMAGEM

21/11 qui	07:01	12:34	13:36	19:34	10:57	00:00	00:00	11:31
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	06:55	12:08	13:07	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	06:49	12:22	13:28	19:20	11:00	00:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	07:01	12:44	13:44	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	06:59	12:36	13:42	19:29	11:00	00:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	06:59	12:08	13:10	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	07:03	12:54	13:58	19:30	11:00	00:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	07:05	12:58	14:00	19:15 19:33	11:00	00:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	07:06	12:14	14:29	19:12	09:51	00:00	00:00	09:51
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	07:00	13:26	14:34	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	07:04	14:20	15:24	19:19	11:00	00:00	00:00	11:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	07:03	11:57	12:59	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	07:00	12:34	13:38	19:16	11:00	00:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					141:48	00:00	00:00	142:22

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Edilene Manoel
EDILENE MANOEL
28/01/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 17 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	07:09	12:12	13:09	19:01	10:55	00:00	00:00	10:55
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	07:12	12:00	13:00	19:03	10:51	00:00	00:00	10:51
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	07:11	12:00	13:01	19:01	10:49	00:00	00:00	10:49
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	06:53	11:02	12:00	18:35	10:44	00:00	00:00	10:44
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	06:51	12:16	13:14	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	07:12	12:14	13:12	19:01	10:51	00:00	00:00	10:51
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	07:13	12:13	13:13	19:04	10:51	00:00	00:00	10:51
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	06:46	12:06	13:07	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	07:15	12:05	13:03	19:00	10:47	00:00	00:00	10:47
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	07:01	12:26	13:25	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	06:53	12:48	13:42	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	06:51	11:57	12:56	18:58	11:00	00:00	00:00	11:00
19/12 qui	19:02	19:58	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					141:48	08:00	00:00	141:48

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

gislaire m. morabito
GISLAINE MACHADO
MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 22 de 43
 Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
 ENFERMAGEM

21/11 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 1 folga/feriado, 29 afastamentos		00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Kelly C. Ramos
 KELLY CRISTINA RAMOS
 ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 23 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: LAIS MARANI SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: FARMACEUTICO (A)

21/11 qui	07:23	13:33	15:28	16:57	06:02	00:00	00:00	06:11
22/11 sex	07:26	12:09	13:10	16:48	06:48	00:00	00:00	07:40
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	07:25	12:58	13:59	17:30	07:30	00:00	00:00	09:05
26/11 ter	07:19	12:03	13:14	16:36	06:25	00:00	00:00	07:01
27/11 qua	07:26	12:00	12:59	16:40	06:40	00:00	00:00	07:24
28/11 qui	07:27	13:24	13:40	13:47	03:47	00:00	00:00	03:47
29/11 sex	07:34	11:10			02:10	00:00	00:00	02:10
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	07:36	14:39	15:42	16:46	06:46	00:00	00:00	07:26
03/12 ter	07:24	13:34	14:33	16:30	06:30	00:00	00:00	07:06
04/12 qua	07:27	12:15	13:17	16:35	06:35	00:00	00:00	07:13
05/12 qui	07:17	13:50	14:50	17:29	07:30	00:00	00:00	09:13
06/12 sex	07:33	12:39	13:49	16:03	06:03	00:00	00:00	06:03
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	07:30	13:47	15:01	16:51	06:37	00:00	00:00	07:14
10/12 ter	07:40	13:39	14:51	16:17	06:05	00:00	00:00	06:05
11/12 qua	07:36	15:24	16:20	16:27	06:27	00:00	00:00	06:48
12/12 qui	07:00	13:03	14:04	17:53	07:30	00:00	00:00	09:53
13/12 sex	07:41	14:15	15:46	16:34	06:03	00:00	00:00	06:03
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	07:33	14:48	16:28	16:45	06:05	00:00	00:00	06:07
17/12 ter	07:14	13:18	14:15	17:01	07:01	00:00	00:00	08:18
18/12 qua	07:28	13:34	14:26	16:49	06:49	00:00	00:00	07:40
19/12 qui	07:40	13:15	14:15	16:46	06:46	00:00	00:00	07:22
20/12 sex	Falta				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 21 dias, 1 falta, 8 folgas/feriados					132:09	00:00	00:00	145:49

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Início:
Segunda
5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
Entrada 10/15 [Só Banco] - Saída 10/15 [Só Banco]
Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

LAIS
LAIS MARANI SILVA
07/01/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 27 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/11	qui	06:48	12:22	13:33	19:21	11:00	00:00	00:00	11:00
22/11	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11	sab	07:12	12:10	14:08	18:17	09:07	00:00	00:00	09:07
24/11	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11	seg	06:56	11:21	12:53	18:51	10:23	00:00	00:00	10:23
26/11	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11	sex	06:58	11:25	13:00	18:23	09:50	00:00	00:00	09:50
30/11	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12	dom	07:00	12:04	13:39	18:36	10:01	00:00	00:00	10:01
02/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12	ter	06:54	11:53	13:37	18:45	10:07	00:00	00:00	10:07
04/12	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12	qui	06:59	11:58	13:42	18:56	10:13	00:00	00:00	10:13
06/12	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12	sab	07:00	12:24	14:10	18:50	10:04	00:00	00:00	10:04
08/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12	seg	06:57	12:28	14:38	19:19	10:12	00:00	00:00	10:12
10/12	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12	qua	06:59	12:04	14:05	19:13	10:13	00:00	00:00	10:13
12/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12	sex	06:59	12:35	14:35	19:09	10:10	00:00	00:00	10:10
14/12	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12	dom	06:58	12:50	14:02	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
16/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12	ter	06:50	11:50	13:04	13:07 19:04	05:03	00:00	00:00	05:03
18/12	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12	qui	06:55	12:24	13:40	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
20/12	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados						138:23	00:00	00:00	138:23

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)



MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 28 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **MARCIA MAIARA POSSENTI**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX
ADMINISTRATIVO**

21/11	qui	07:30	11:00	11:48	16:44	08:26	00:00	00:00	08:26
22/11	sex	07:34	13:01	13:53	16:43	08:17	00:00	00:00	08:17
23/11	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11	seg	07:27	12:02	13:44	16:44	07:35	00:00	00:00	07:35
26/11	ter	07:40	11:01	12:36	16:32	07:17	00:00	00:00	07:17
27/11	qua	07:35	11:30	12:54	16:33	07:34	00:00	00:00	07:34
28/11	qui	07:48	12:05	13:05	16:36	07:48	00:00	00:00	07:48
29/11	sex	07:33	12:42	13:11	16:32	08:30	00:00	00:00	08:30
30/11	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12	seg	07:24	11:16	12:35	16:46	08:03	00:00	00:00	08:03
03/12	ter	07:33	11:00	12:00	16:24	07:51	00:00	00:00	07:51
04/12	qua	07:50	13:27	13:42	16:06	08:01	00:00	00:00	08:01
05/12	qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12	sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12	seg	07:26	12:20	12:53	15:53	07:54	00:00	00:00	07:54
10/12	ter	07:56	12:39	13:04	16:49	08:28	00:00	00:00	08:28
11/12	qua	07:38	11:50	13:24	16:47	07:35	00:00	00:00	07:35
12/12	qui	07:36	12:52	13:39	16:41	08:18	00:00	00:00	08:18
13/12	sex	07:30	11:44	12:56	16:43	08:01	00:00	00:00	08:01
14/12	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12	dom	10:08	12:08	BH		00:00	00:00	00:00	02:00
16/12	seg	07:23	11:10	12:29	16:49	08:07	00:00	00:00	08:07
17/12	ter	07:46	11:46	13:29	14:34	05:05	00:00	00:00	05:05
18/12	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 17 dias, 11 folgas/feriados, 2 afastamentos					132:50	00:00	00:00	134:50	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)


MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 31 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	18:20	20:37	21:40	07:12	00:40	08:00	00:00	11:29
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	07:08	12:58	14:15	19:30	11:00	00:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	07:01	13:03	14:04	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	07:01	12:38	13:49	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	07:06	13:46	14:43	19:10	11:00	00:00	00:00	11:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	06:57	12:49	14:06	19:44	10:46	00:00	00:00	11:30
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	18:59	20:15	21:13	07:18	00:01	08:00	00:00	10:22
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	19:07	20:47	21:47	07:05	10:58	08:00	00:00	10:58
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	18:04	20:21	21:25	08:01	01:00	08:00	00:00	12:57
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Afastamento - AFASTAMENTO				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 18 folgas/feriados, 3 afastamentos					67:25	32:00	00:00	101:16

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER
NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 33 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	07:03	13:10	14:25	19:06	10:48	00:00	00:00	00:00	10:48
24/11 dom	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	07:03	15:32	16:04	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
26/11 ter	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	06:51	16:45	18:00	19:07	11:00	00:00	00:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga					00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Afastamento - FÉRIAS					00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 3 dias, 9 folgas/feriados, 18 afastamentos						32:48	00:00	00:00	32:48

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


 PATRICIA MICHELE DE
 ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 40 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	ENFERMEIRO(A) RT

21/11	qui	07:58	12:49	13:24	16:10	07:00	00:00	00:00	07:37
22/11	sex	06:56	12:48	13:45	21:22	07:00	00:00	00:00	13:29
23/11	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11	seg	07:37	14:01	15:01	17:15	07:00	00:00	00:00	08:38
26/11	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11	qua	10:37	19:34			07:00	00:00	00:00	08:57
28/11	qui	08:13	12:01	13:05	17:22	07:00	00:00	00:00	08:05
29/11	sex	07:19	13:15	13:58	16:59	07:00	00:00	00:00	08:57
30/11	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12	seg	08:15	12:31	13:46	17:20	07:00	00:00	00:00	07:50
03/12	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12	qua	07:59	12:50	13:50	17:00	07:00	00:00	00:00	08:01
05/12	qui	06:58	13:45	15:00	16:03	07:00	00:00	00:00	07:50
06/12	sex	13:02	19:16			06:14	00:00	00:00	06:14
07/12	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12	dom	08:25				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12	seg	08:25	13:20			04:55	00:00	00:00	04:55
10/12	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12	sab	18:58	20:34	21:31	07:20	07:00	08:00	00:00	11:25
15/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12	ter	07:01	14:28	15:29	19:42	07:00	00:00	00:00	11:40
18/12	qua	08:30	13:29	14:06	16:03	07:00	00:00	00:00	07:00
19/12	qui	08:39	12:42	13:41	19:34	07:00	00:00	00:00	09:56
20/12	sex	08:27	12:30	19:04	00:31	07:00	02:52	00:00	09:30
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados						109:09	10:52	00:00	140:04

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início:
Segunda
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
5/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 18 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	AUX DE FARMÁCIA

21/11 qui	06:38	12:27	13:20	19:13	11:42	00:00	00:00	11:42
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	06:46	12:06	13:15	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	17:46	20:07	21:06	06:00	10:01	08:00	00:00	11:15
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	06:52	13:04	14:03	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	06:53	12:30	13:32	19:26	11:31	00:00	00:00	11:31
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	06:45	12:11	13:16	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
02/12 seg	19:12				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	05:52	12:10	13:09	18:04	10:05	00:00	00:00	11:13
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	17:43	20:58	21:51	06:00	10:07	08:00	00:00	11:24
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	06:49	12:15	13:22	19:28	11:32	00:00	00:00	11:32
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	06:49	12:21	13:22	19:10	19:19	11:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	06:40	13:54	14:49	19:19	11:44	00:00	00:00	11:44
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	06:49	12:38	13:37	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	06:46	12:40	13:43	19:14	11:00	00:00	00:00	11:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	06:56	12:04	13:07	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	06:51	12:17	13:10	19:13	11:00	00:00	00:00	11:00
20/12 sex	06:52	12:05	13:07	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados					175:42	16:00	00:00	179:21

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 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
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Isadora M. de C. Santos
ISADORA MORAIS DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL
8 / 1 / 2020

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 35 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
	Função AUX DE FARMÁCIA

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	18:47	20:31	21:32	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Folga	folga de mês			00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	18:54	20:29	21:15	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
30/11 sab	19:01	20:11	20:55	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
01/12 dom	18:52	20:27	21:10	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	18:53	20:32	21:32	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	Folga	do mês			00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	18:55	20:38	21:38	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	19:01	20:32	21:18	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	18:58	20:35	21:31	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	18:54	20:35	21:32	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	18:53	20:30	21:24	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	18:59	20:33	21:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	18:54	20:31	21:28	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					132:00	96:00	00:00	132:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


 REGINA LEIA PARRO
 RODRIGUES DE
 08/01/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 29 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	FISIOTERAPEUTA

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	11:42	16:54	17:10	18:10	05:45	00:00	00:00	06:12
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	17:40	19:21	19:36	23:50	05:45	02:05	00:00	05:45
26/11 ter	11:47	16:54	17:08	18:31	05:45	00:00	00:00	06:30
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	11:53	16:31	16:43	18:06	05:45	00:00	00:00	06:01
30/11 sab	05:55	10:07	10:18	12:30	05:45	00:00	00:00	06:24
01/12 dom	05:56	10:24	10:34	12:03	05:45	00:00	00:00	05:45
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	11:50	16:33	16:52	18:00	05:45	00:00	00:00	05:45
05/12 qui	11:46	20:12	21:10	00:02	05:45	02:19	00:00	11:18
06/12 sex	11:49	16:57	17:08	18:04	05:45	00:00	00:00	06:04
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	05:53	10:16	10:29	12:00	05:45	00:00	00:00	05:45
09/12 seg	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	17:43	19:47	20:00	23:57	05:45	02:13	00:00	06:01
17/12 ter	17:48	19:38	19:50	23:50	05:45	02:05	00:00	05:45
18/12 qua	11:46	16:28	16:42	18:28	05:45	00:00	00:00	06:28
19/12 qui	11:40	17:04	17:15	18:21	05:45	00:00	00:00	06:30
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 12 folgas/feriados, 4 afastamentos					80:30	08:42	00:00	90:13

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 13:00 às 19:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
7 dias x 13:00-15:00 R 15:15-19:00 = 05:45 Sem Folga
15/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


NAIRA LARISSA GUIMARAES
FELIPE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 25 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	19:00	19:58	20:52	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:57	20:06	20:59	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	18:49	19:23	20:17	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	18:49	20:01	20:48	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	19:03	19:59	20:51	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	19:01	19:35	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	18:49	20:20	21:11	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	18:50	20:03	20:57	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	06:46	13:12	14:06	16:54	08:00	00:00	00:00	08:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	18:55	19:32	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:55	20:03	20:54	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	19:09	20:19	21:16	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					129:00	88:00	00:00	129:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS
SANTOS

07/01/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 5 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Unidade: REC. DE
ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	18:51	19:57	20:46	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	19:00	19:59	20:53	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:57	20:06	20:57	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	19:07	19:23	20:16	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	19:01	19:35	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	18:58	19:28	20:20	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	18:56	20:04	21:01	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	18:49	20:20	21:11	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	18:50	20:03	20:57	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	18:59	20:12	21:01	07:12	11:00	08:00	00:00	11:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	18:55	19:32	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:44	20:03	20:54	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	18:49	20:19	21:16	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:00	104:00	00:00	143:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Ana Paula Azevedo Zanatta
ANA PAULA AZEVEDO
ZANATTA
7.1.2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 14 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	19:00	19:57	20:45	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	19:02	19:59	20:54	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:59	20:06	20:57	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	19:02	19:23	20:18	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	18:55	20:01	20:51	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	19:03	19:59	20:51	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	19:06	19:34	20:27	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	18:58	19:28	20:21	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	18:58	20:05	21:01	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	19:02	20:20	21:11	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	19:05	20:13	22:14	07:12	10:06	07:44	00:00	10:06
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	19:01	19:32	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:58	20:03	21:03	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	18:59	20:19	21:16	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					153:06	111:44	00:00	153:06

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Edilaine Munhoz Maquea
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
07/04/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 12 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMACIA

21/11 qui	18:50	20:36	21:36	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
22/11 sex	18:53	20:20	21:20	07:07	11:00	08:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	18:57	20:21	21:21	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:57	20:24	21:24	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
27/11 qua	18:53	20:30	21:29	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
28/11 qui	18:54	20:31	21:31	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	18:53	20:41	21:41	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	18:47	20:30	21:30	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	18:56	20:23	21:22	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	18:52	20:20	21:20	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	18:53	20:20	21:20	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	18:51	20:03	20:58	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	18:50	20:26	21:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	18:51	20:23	21:22	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:49	20:18	21:16	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					165:00	120:00	00:00	165:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Debora C. Locher
DEBORA CRISTINA LOCHER
07.01.2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 43 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	WILLIAN SOUZA SALADINI
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	FISIOTERAPEUTA

21/11 qui	18:09	20:40	20:56	23:55	05:45	02:11	00:00	05:45
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	18:02	20:19	20:35	23:58	05:45	02:14	00:00	05:45
24/11 dom	12:15	19:58	20:53	23:56	05:45	02:12	00:00	10:46
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:23	20:56	21:23	00:19	05:29	02:38	00:00	05:29
27/11 qua	18:12	20:30	21:30	00:05	04:53	02:22	00:00	04:53
28/11 qui	18:13	21:25	21:41	00:11	05:45	02:29	00:00	05:45
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	12:28	19:42	20:43	23:51	05:45	02:06	00:00	10:22
01/12 dom	18:06	21:30	21:49	00:09	05:45	02:27	00:00	05:45
02/12 seg	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Afastamento - DESCONTO BANCO DE HORAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	18:05	21:21	21:37	00:11	05:45	02:29	00:00	05:45
10/12 ter	18:05	20:47	21:04	00:02	05:45	02:19	00:00	05:45
11/12 qua	18:09	20:02	20:18	00:12	05:45	02:30	00:00	05:45
12/12 qui	18:06	20:03	20:22	00:20	05:45	02:40	00:00	05:45
13/12 sex	17:54	21:18	21:34	00:13	05:45	02:32	00:00	06:03
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	18:11	20:59	21:16	00:22	05:45	02:42	00:00	05:45
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:10	21:35	22:05	00:11	05:45	02:29	00:00	05:45
19/12 qui	18:08	20:30	20:45	23:57	05:45	02:13	00:00	05:45
20/12 sex	18:09	21:33	21:51	00:27	05:45	02:48	00:00	06:00
TOTAL: 17 dias, 9 folgas/feriados, 4 afastamentos					96:37	41:21	00:00	106:48

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19:00 às 01:00 - Fisio Mirandopolis - Início:
Segunda
7 dias x 19:00-22:00 R 22:15-01:00 = 05:45 Sem Folga
15/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Willian S. Saladini
WILLIAN SOUZA SALADINI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 32 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	18:51	19:58	20:45	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:54	20:06	20:57	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	19:02	19:23	20:16	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	18:53	20:01	20:51	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	19:00	19:59	20:51	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	18:53	19:34	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	18:58	19:28	20:20	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	18:55	20:05	21:02	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	19:02	20:03	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	19:01	20:13	21:02	07:12	11:00	08:00	00:00	11:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	18:51	19:32	20:26	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	19:00	20:03	20:54	07:04	11:00	08:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00

TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados

132:00

96:00

00:00

132:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Patricia Adriana Ferreira
PATRICIA ADRIANA FERREIRA
07/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 37 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	18:51	19:58	20:46	07:03	00:09	08:00	00:00	10:33
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	18:54	19:58	20:54	07:00	00:06	08:00	00:00	10:16
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	19:03	20:06	20:58	07:00	00:00	08:00	00:00	10:05
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	18:49	20:01	20:54	07:02	00:11	08:00	00:00	10:31
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	18:49	19:59	20:51	07:00	00:11	08:00	00:00	10:30
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	19:06	19:35	20:26	07:00	00:00	08:00	00:00	10:03
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	18:54	19:28	20:20	07:06	00:34	08:00	00:00	10:54
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	18:53	20:04	21:02	07:05	00:07	08:00	00:00	10:21
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	18:49	20:20	21:11	07:00	00:11	08:00	00:00	10:31
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	19:02	20:03	20:57	07:00	00:00	08:00	00:00	10:04
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	17:52	20:13	21:01	07:12	01:08	08:00	00:00	12:32
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:44	20:03	20:54	07:05	00:16	08:00	00:00	10:46
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	18:52	20:19	21:16	07:08	00:08	08:00	00:00	10:27
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					03:01	104:00	00:00	137:33

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Sônia dos Santos Rocha
SONIA DOS SANTOS ROCHA ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 2 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

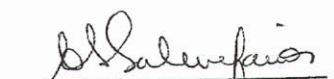
Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (A)

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	18:54	19:58	20:54	07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	18:54	20:06	20:56	07:12	11:00	08:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	18:55	19:23	20:16	07:05	11:00	08:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	18:49	20:01	20:54	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	18:53	19:59	20:51	07:17	11:32	08:00	00:00	11:32
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 8 folgas/feriados, 17 afastamentos					55:32	40:00	00:00	55:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


ALESSANDRA AGUIAR
SALESSE
07/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 41 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11	sab	06:50	12:07	13:07	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
24/11	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11	ter	06:53	13:01	13:59	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
27/11	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11	qui	06:53	13:00	14:00	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
29/11	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11	sab	06:50	11:04	12:56	19:00	10:18	00:00	00:00	10:18
01/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12	qua	06:50	13:12	14:11	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
05/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12	sex	06:48	13:20	14:29	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
07/12	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12	dom	06:49	13:11	14:06	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
09/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12	ter	06:49	13:04	14:03	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
11/12	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12	qui	06:49	13:05	14:04	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
13/12	sex	06:47	12:21	13:18	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
14/12	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12	qua	06:56	13:01	13:59	18:58	11:00	00:00	00:00	11:00
19/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12	sex	06:45	13:29	14:27	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados						131:18	00:00	00:00	131:18

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


VALERIA CRISTINA DE SOUZA
DA
21.12.19
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 21 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	FISIOTERAPEUTA

21/11 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	17:54 20:14 20:34 00:00	00:06	02:17	00:00	00:07
03/12 ter	17:47 20:33 20:49 00:01	00:13	02:18	00:00	00:26
04/12 qua	17:51 20:30 20:43 23:54	00:09	02:10	00:00	00:14
05/12 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	17:50 19:54 20:11 00:04	00:10	02:21	00:00	00:22
07/12 sab	17:50 20:04 20:15 00:03	00:10	02:20	00:00	00:27
08/12 dom	17:55 20:09 20:25 23:58	00:05	02:14	00:00	00:07
09/12 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	11:48 16:21 16:37 18:10	05:45	00:00	00:00	05:45
11/12 qua	11:44 15:25 15:38 18:00	05:45	00:00	00:00	06:01
12/12 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	11:53 21:23 22:14 00:00	05:09	02:17	00:00	06:19
15/12 dom	11:49 17:06 17:29 18:22	05:45	00:00	00:00	06:07
16/12 seg	11:44 16:00 16:23 18:01	05:45	00:00	00:00	06:01
17/12 ter	11:54 16:26 16:39 18:01	05:45	00:00	00:00	05:45
18/12 qua	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	11:42 17:45 17:59 18:14	05:45	00:00	00:00	06:03
TOTAL: 13 dias, 6 folgas/feriados, 11 afastamentos		40:32	15:57	00:00	43:44

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Fixo (v1): 12:00 ÀS 18:00 - MIRANDÓPOLIS - Início:
Segunda
7 dias x 12:00-15:00 R 15:15-18:00 = 05:45 Sem Folga
Entrada 15/15 [Só Banco] - Saída 15/15 [Só Banco]
Refeição Livre 15/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

Josiane dos Santos Pereira
JOSIANE DOS SANTOS
PEREIRA
07/01/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 7 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Afastamento - FÉRIAS	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	06:52 12:58 13:48 19:09	11:00	00:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	18:48 19:28 20:20 07:08	11:00	08:00	00:00	11:00
07/12 sab	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	06:49 13:46 14:49 19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	06:49 13:37 14:37 19:17	11:00	00:00	00:00	11:00
11/12 qua	06:51 13:30	06:39	00:00	00:00	06:39
12/12 qui	06:46 11:44 12:34 18:22	10:46	00:00	00:00	10:46
13/12 sex	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	06:48 12:50 13:44 19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
15/12 dom	06:46 12:51 13:51 19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
16/12 seg	06:56 12:52 13:50 19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	06:45 13:00 14:00 19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	06:47 13:00 14:00 19:32	11:00	00:00	00:00	11:32
TOTAL: 11 dias, 6 folgas/feriados, 13 afastamentos		116:25	08:00	00:00	116:57

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C. C. Silva
BIANCA CAETANO COSTA
SILVA
07/12/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 4 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	06:55	13:06	14:03	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	06:50	13:06	14:06	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	06:56	13:01	14:02	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	06:55	13:02	14:02	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	06:51	09:06	11:01	19:00	10:14	00:00	00:00	10:14
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	06:56	13:13	14:15	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	06:55	13:12	14:10	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
05/12 qui	06:58	12:08	13:10	18:58	10:58	00:00	00:00	10:58
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	06:49	13:10	14:11	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	06:56	13:04	14:03	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	06:53	12:21	13:20	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
14/12 sab	06:48	12:56	13:53	17:57	10:12	00:00	00:00	10:12
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	06:48	15:06	15:57	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	06:46	12:58	13:59	18:58	11:00	00:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	06:48	13:18	14:20	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					163:24	00:00	00:00	163:24

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI
CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 16 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	06:51	13:09	14:04	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	06:57	13:06	14:04	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	06:53	13:02	14:01	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	06:53	13:02	14:01	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	06:50	09:06	11:01	19:00	10:15	00:00	00:00	10:15
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	06:48	13:13	14:15	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	06:40	13:12	14:10	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	06:48	14:02	15:41	19:05	10:38	00:00	00:00	10:38
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	06:49	12:23	13:36	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	06:39	13:09	14:04	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	18:58	20:13	21:03	07:09	00:02	08:00	00:00	10:23
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	06:40	15:07	15:56	19:05	11:36	00:00	00:00	11:36
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	06:45	12:20	13:31	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	06:42	13:18	14:20	19:12	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					142:31	08:00	00:00	152:52

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C. D. Borges
 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 38 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário SONIA MARIA RIZZO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	06:47	12:12	13:09	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	06:50	12:11	13:06	19:06	11:00	00:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	06:48	12:00	13:00	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	06:53	12:00	13:01	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	06:51	11:02	12:00	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	06:43	12:16	13:12	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	06:59	12:15	13:12	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	06:48	12:13	13:11	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	06:50	12:08	13:11	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	06:49	12:05	13:02	19:01	11:00	00:00	00:00	11:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	06:52	12:06	13:05	19:02	11:00	00:00	00:00	11:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	06:48	12:48	13:41	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	06:47	11:57	12:58	18:58	11:00	00:00	00:00	11:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:00	00:00	00:00	143:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Sônia Maria Rizzo
SONIA MARIA RIZZO
07/01/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 39 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário TANIA MARA BARRETO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	06:47	11:56	13:00	18:57	11:00	00:00	00:00	11:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	06:54	11:57	12:56	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	06:49	11:55	12:59	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	06:48	12:08	13:08	18:59	11:00	00:00	00:00	11:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	06:43	12:10	13:10	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
03/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	06:45	12:07	13:06	18:59	11:00	00:00	00:00	11:00
05/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	06:45	12:08	13:04	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
07/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	06:49	12:16	13:11	19:03	11:00	00:00	00:00	11:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	06:44	11:59	13:00	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	06:47	11:47	12:54	19:04	11:00	00:00	00:00	11:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	06:45	12:18	13:15	19:05	11:00	00:00	00:00	11:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	07:29	11:48	12:48	18:56	10:27	00:00	00:00	10:27
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	06:45	11:59	12:52	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					142:27	00:00	00:00	142:27

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

TANIA MARA BARRETO
07/01/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 3 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO (4)

21/11 qui	18:56	20:01	21:02	07:06	11:00	08:00	00:00	11:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	18:55	20:20	21:18	07:21	11:00	08:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	18:52	20:15	21:10	07:14	11:00	08:00	00:00	11:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	18:47	20:06	21:11	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	18:56	20:45	21:45	07:13	11:00	08:00	00:00	11:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	06:00	12:57	14:37	17:29	08:49	00:00	00:00	09:49
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	19:50	20:34	21:34	07:09	10:19	08:00	00:00	10:19
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	18:54	20:21	21:36	07:10	11:00	08:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	18:55	20:16	21:26	07:03	10:58	08:00	00:00	10:58
08/12 dom	18:44	20:05	21:01	07:13	11:33	08:00	00:00	11:33
09/12 seg	18:50	20:15	21:09	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	18:01	20:11	21:13	07:05	11:00	08:00	00:00	11:59
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	18:50	21:04	22:03	07:04	11:00	07:56	00:00	11:00
16/12 seg	18:50	20:27	21:27	07:09	11:00	08:00	00:00	11:00
17/12 ter	19:00	20:10	21:07	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	18:50	19:59	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados					173:39	119:56	00:00	175:38

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

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

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 6 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	18:46	20:02	21:03	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	18:46	20:38	21:30	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	18:45	20:09	21:10	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	18:53	20:06	20:55	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	18:57	20:10	21:06	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	18:52	20:20	21:20	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	18:42	20:21	21:20	06:57	11:00	08:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	19:13	20:17	21:10	07:00	10:54	08:00	00:00	10:54
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	18:46	20:13	21:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	18:50	20:05	21:02	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	19:06	20:12	21:13	07:00	10:53	08:00	00:00	10:53
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	18:50	20:17	21:15	07:19	11:31	08:00	00:00	11:31
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	18:59	20:15	21:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	06:46	12:02	13:10	19:09	00:09	00:00	00:00	10:24
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					143:27	104:00	00:00	153:42

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS
SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

20/12/2019

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 36 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário RICARDO DE CARVALHO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção: TEC DE
ENFERMAGEM

21/11 qui	18:52	20:02	21:04	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	18:46	20:38	21:30	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	18:46	20:10	21:10	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Folga	ATESTADO			00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	18:45	20:04	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	18:49	20:28	21:24	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	18:48	20:20	21:20	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	18:50	20:21	21:21	06:57	11:00	08:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	18:55	20:37	21:33	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	18:50	20:13	21:18	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	18:42	20:29	21:27	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	18:50	20:12	21:14	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	18:50	20:16	21:13	07:19	11:32	08:00	00:00	11:32
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	18:49	20:15	21:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	18:47	20:00	21:04	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados				154:32	112:00	00:00	154:32	

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2019
Fonte de Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UGE 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo Despesa. CusteioHorário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)Ricardo de Carvalho
RICARDO DE CARVALHO
06/10/2020ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 20 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	TEC DE ENFERMAGEM

21/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	18:45	20:03	21:00	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	18:58	20:07	20:57	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	18:52	20:07	20:51	06:59	11:00	08:00	00:00	11:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	18:50	20:10	21:06	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	18:56	20:09	20:49	06:59	11:00	08:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	18:54	20:15	21:01	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	18:51	20:17	21:13	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	18:46	20:09	21:08	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	18:56	20:05	21:00	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	18:49	20:10	21:04	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	19:06	20:00	20:56	07:00	10:58	08:00	00:00	10:58
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados					120:58	88:00	00:00	120:58

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Jose Lopes de Oliveira
JOSE LOPES DE OLIVEIRA
06/01/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 11 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEO DE ENFERMAGEM

21/11 qui	18:56	20:02	21:04	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	18:49	20:38	21:29	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	18:49	20:10	21:10	07:01	11:00	08:00	00:00	11:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	18:57	20:04	20:55	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	18:45	20:28	21:24	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	18:52	20:12	21:04	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	18:55	20:14	21:01	06:57	11:00	08:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	18:51	20:17	21:14	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Folga	ATESTADO			00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	18:59	20:29	21:27	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	18:52	20:12	21:13	07:03	11:00	08:00	00:00	11:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	18:50	20:17	21:13	07:23	11:37	08:00	00:00	11:37
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados					121:37	88:00	00:00	121:37

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Daniela dos Santos de Oliveira
DANIELA DOS SANTOS DE
OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 1 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

21/11 qui	18:56	20:02	21:06	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	18:46	20:23	21:17	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	18:47	20:06	20:55	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	18:54	20:04	20:55	06:30	10:45	08:00	00:00	10:45
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	18:50	20:10	21:05	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	18:50	20:09	20:53	06:58	11:00	08:00	00:00	11:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	18:55	20:16	21:01	06:57	11:00	08:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	18:55	20:20	21:24	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	18:54	20:09	21:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Folga	folga de mrs			00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Folga	treca de plantão com a Denise			00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	18:50	20:16	21:15	07:23	11:34	08:00	00:00	11:34
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	18:49	20:16	21:03	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	18:47	19:59	20:53	06:42	11:00	08:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					132:19	96:00	00:00	132:19

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Alcione Bogaz
ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 34 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
Função	ENFERMEIRO (A)

21/11 qui	07:05	13:32	15:27	20:24	10:00	00:00	00:00	11:24
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	07:05	12:50	14:02	19:36	10:43	00:00	00:00	11:19
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	06:57	15:32	18:06	19:33	09:29	00:00	00:00	10:02
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	06:58	12:58			06:00	00:00	00:00	06:00
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	06:57	16:33	17:21	19:16	11:31	00:00	00:00	11:31
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	17:29	20:03	21:10	07:05	01:31	08:00	00:00	12:29
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	06:59	13:34	14:34	20:15	11:00	00:00	00:00	12:15
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	12:58	20:09			06:02	00:00	00:00	07:11
06/12 sex	07:03	14:18			07:15	00:00	00:00	07:15
07/12 sab	06:56	13:29	14:34	19:39	10:59	00:00	00:00	11:38
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	07:00	15:38	16:38	19:23	11:00	00:00	00:00	11:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	17:55	19:34	20:38	07:06	01:05	08:00	00:00	12:07
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	18:57	19:39	20:58	08:57	00:03	08:00	00:00	11:44
19/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					96:38	24:00	00:00	135:55

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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


PRISCILA SANTOS LEITE DE
06/11/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 8 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador	ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário	CAMILA DONATO INNOCENCIO
Departamento	UTI MIRANDÓPOLIS
	Função ENFERMEIRO (A)

21/11 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
22/11 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
24/11 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
26/11 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
28/11 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
30/11 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
02/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
06/12 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
08/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
12/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
14/12 sab	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
18/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
20/12 sex	Afastamento - AFASTAMENTO	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 30 afastamentos		00:00	00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CAMILA DONATO INNOCENCIO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 9 de 43
Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

21/11 qui	18:56	20:15	21:06	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
22/11 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11 sab	19:01	20:33	21:26	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
24/11 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
25/11 seg	19:02	20:16	21:16	06:48	10:46	08:00	00:00	10:46
26/11 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11 qua	19:02	20:35	21:29	06:53	10:57	08:00	00:00	10:57
28/11 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11 sex	19:07	20:04	20:56	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
30/11 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12 dom	18:49	20:10	21:12	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
02/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00	00:00
04/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12 qui	18:50	20:27	21:16	06:48	11:00	08:00	00:00	11:00
06/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
07/12 sab	19:01	20:17	21:16	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
08/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
10/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12 qua	18:59	20:11	20:14	21:16	07:00	02:14	00:00	02:14
12/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12 sex	18:51	20:12	21:13	07:02	11:00	08:00	00:00	11:00
14/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
15/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12 ter	19:01	20:11	21:09	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
18/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12 qui	18:47	20:21	21:31	07:00	11:00	08:00	00:00	11:00
20/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados, 1 afastamento					122:57	88:00	00:00	122:57

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Cátia F. Ferraz
CATIA FERNANDA FERRAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/11/2019 a 20/12/2019

página 10 de 43
 Impresso em 23/12/2019 16:45

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEO DE ENFERMAGEM

21/11	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
22/11	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
23/11	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
24/11	dom	07:02	12:03	13:08	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
25/11	seg	06:57	12:22	13:20	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
26/11	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
27/11	qua	06:55	13:03	13:51	19:20	11:37	00:00	00:00	11:37
28/11	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
29/11	sex	07:02	11:18	12:19	19:07	11:00	00:00	00:00	11:00
30/11	sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
01/12	dom	06:58	13:14	14:11	19:08	11:00	00:00	00:00	11:00
02/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
03/12	ter	07:02	12:36	13:42	19:29	11:00	00:00	00:00	11:00
04/12	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
05/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
06/12	sex	06:59	13:07	14:07	19:00	11:00	00:00	00:00	11:00
07/12	sab	07:03	12:54	13:58	19:30	11:00	00:00	00:00	11:00
08/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
09/12	seg	06:58	12:41	13:49	19:10 19:33	11:00	00:00	00:00	11:00
10/12	ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
11/12	qua	07:03	13:01	13:58	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
12/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
13/12	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
14/12	sab	07:03	11:50	12:59	19:09	10:57	00:00	00:00	10:57
15/12	dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
16/12	seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
17/12	ter	07:00	12:17	13:26	19:11	11:00	00:00	00:00	11:00
18/12	qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
19/12	qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
20/12	sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados						132:34	00:00	00:00	132:34

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Cristiane Vendrame
 CRISTIANE PASCOALETO
 VENDRAME
 28/01/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL