

Prestação de Contas

Fevereiro 2020

Mirandópolis



G33402151213187428
02/03/2020 15:30:43

Cliente - Conta atual

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO H B DO BRASIL
Período do extrato 02 / 2020

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/01/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
03/02/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	55.239,40 C	
				03/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
03/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.301	250,00 D	
				BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
03/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.302	6.807,00 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
03/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.303	8.508,90 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
03/02/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	20.304	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/02/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	14.427,33 C	
				06/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.601	656,35 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.602	3.530,38 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.603	1.874,95 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
06/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.604	1.865,41 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
06/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.605	3.229,24 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.606	2.011,00 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	20.607	1.260,00 D	0,00 C
				MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS			
07/02/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	7.142,20 C	
				07/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/02/2020		0000	13105	375 Impostos	20.701	7.142,20 D	0,00 C
				FGTS ARRECADACAO GRF			
10/02/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	5.461,44 C	
				10/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
10/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.001	1.745,50 D	
				SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
10/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.002	526,22 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
10/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.003	753,07 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
10/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.004	1.221,04 D	
				HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
10/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.005	648,22 D	
				BANCO SOFISA S/A			
10/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.006	567,39 D	0,00 C
				BANCO SOFISA S/A			
14/02/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	70.334,36 C	
				14/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
14/02/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	25.904	70.334,36 D	0,00 C
17/02/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	14.790,14 C	
				17/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
17/02/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	21.701	3.029,04 D	

LABORATORIO SAO PAULO					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.702	2.169,50 D	
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.703	1.068,41 D	
HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.704	424,00 D	
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.705	2.948,16 D	
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.706	968,69 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.707	760,64 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.708	818,89 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.709	107,10 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.710	764,30 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
17/02/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	21.711	1.661,41 D	
104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS					
17/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	21.712	70,00 D 0,00 C	
RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA					
20/02/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	23.697,92 C	
20/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
20/02/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.058.000.059.599	934,00 D	
20/02 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C					
20/02/2020	0000	13105 375 Impostos	22.001	5.100,59 D	
RFB- DARF PRETO CALCULADO					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.002	99,90 D	
F B BABETO ME					
20/02/2020	0000	13105 375 Impostos	22.003	1.645,35 D	
RFB- DARF PRETO CALCULADO					
20/02/2020	0000	13105 375 Impostos	22.004	1.025,08 D	
RFB- DARF PRETO CALCULADO					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.005	810,14 D	
BANCO SOFISA S/A					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.006	631,28 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.007	229,60 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.008	136,50 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.009	489,97 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.010	900,50 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.011	1.064,42 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.012	1.422,09 D	
BANCO SOFISA S/A					
20/02/2020	0000	13105 196 INSS Arrecada??o	22.013	7.411,22 D	
GPS- Ident.: 45349461000889 - 01/2020					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.014	849,13 D	
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO					
20/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.015	948,15 D 0,00 C	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
26/02/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	1.141,10 C	
26/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
26/02/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	553.371.000.055.600	800,00 D	
26/02 3371 55600-9 CENE ARACATUBA					
26/02/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	22.601	223,50 D	
237 0258 002045036000117 VERA LUCIA AL					
26/02/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	22.602	117,60 D 0,00 C	
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATERIA					

27/02/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	6.211,50 C
		27/02 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
27/02/2020	0000	13134 250 Folha de Pagamento	29.442	5.928,50 D
27/02/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	820.580.904.113.448	60,00 D
		Cobrança referente a 26/02/2020		
27/02/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	830.580.900.455.306	70,00 D
		Cobrança referente a 26/02/2020		
27/02/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os	890.580.900.521.248	153,00 D 0,00 C
		Cobrança referente a 26/02/2020		
29/02/2020	0000	00000 999 S A L D O		0,00 C

Transação efetuada com sucesso por: JA015967 ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Emissão de comprovantes

G336081733099066457
08/03/2020 20:45:53

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080614158271512711770003681560000025000

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	20.301
DATA DE VENCIMENTO	05/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	250,00
VALOR COBRADO	250,00

=====

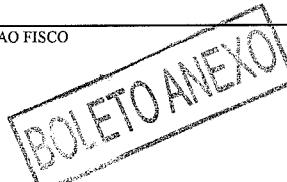
NR.AUTENTICACAO 0.8E9.AF9.C17.F2E.D28

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

 IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA RUA LAURO VANNUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 58.159 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/1		CONTROLE FISCO  CHAVE DE ACESSO 3520.0114.3355.4400.0119.5500.0000.0581.5910.1132.4594 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 135200008556428 - 06/01/2020 09:20:30								
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								
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03				BAIRRO/DISTRITO CENTRO								
MUNICÍPIO Lins		FONE / FAX (014)3541-1544		CEP 16370-000								
UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 		DATA DA SAÍDA 06/01/2020								
HORA DA SAÍDA 09:20:24												
FATURA/DUPLICATAS 58159/1 - 05/02/20 - 250,00												
CÁLCULO DO IMPOSTO												
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 250,00		VALOR DO ICMS 45,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 250,00								
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR DO IPI 0,00								
DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 250,00								
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS												
RAZÃO SOCIAL 		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0		CÓDIGO ANNT 								
ENDEREÇO 		MUNICÍPIO 		PLACA DO VEÍCULO 								
QUANTIDADE 1		ESPÉCIE CAIXA		PESO BRUTO 0,0000								
MARCA 		NUMERAÇÃO 		PESO LÍQUIDO 0,0000								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT. /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
2162 30049099	CERNE 12 POLIVITAMINICO INJ 10AMP BAXTER Lote: LE19C019 - 31/01/2021 Qtde: 1.00	200 5102	CX	1,0000	250,0000	0,0000 0,0000 %	250,00	250,00	45,00 0,00	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/01/2020
ASS. Inedora

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	
BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR DO ISSQN	
DADOS ADICIONAIS			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 - COMPLEMENTO / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /		RESERVADO AO FISCO 	

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090248194033293581658220009381540000680700

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 20.302
DATA DE VENCIMENTO 03/02/2020
DATA DO PAGAMENTO 03/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO 6.807,00
VALOR COBRADO 6.807,00

NR.AUTENTICACAO 3.FFB.F92.E76.FCD.283

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 278280 Série B5, emitido em 23/12/2019 20200103u47866934000174	Número da Nota 15410487										
	Data e Hora de Emissão 24/12/2019 01:17:15 Código de Verificação V8SL-LE5X										
PRESTADOR DE SERVIÇOS  CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 5.987.120-2 Nome/Razão Social: TICKET SERVIÇOS S.A Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070 Município: São Paulo UF: SP											
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: --- Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br											
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---											
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 42 R\$6.803,10 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Ped.:21661338 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM: IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44 Data de Vencimento: 03/02/2020 VALOR TOTAL: R\$6.807,00											
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90											
<table border="1"> <tr> <td>INSS (R\$)</td> <td>IRRF (R\$)</td> <td>CSLL (R\$)</td> <td>COFINS (R\$)</td> <td>PIS/PASEP (R\$)</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>		INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)	-	-	-	-	-
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											
<table border="1"> <tr> <td>Valor Total das Deduções (R\$)</td> <td>Base de Cálculo (R\$)</td> <td>Alíquota (%)</td> <td>Valor do ISS (R\$)</td> <td>Crédito (R\$)</td> </tr> <tr> <td>0,00</td> <td>3,90</td> <td>2,00%</td> <td>0,07</td> <td>0,00</td> </tr> </table>		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
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							
<table border="1"> <tr> <td>Município da Prestação do Serviço</td> <td>Número Inscrição da Obra</td> <td>Valor Aproximado dos Tributos / Fonte</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>IBPT</td> </tr> </table>		Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	-	-	IBPT				
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 278280 Série B5, emitido em 23/12/2019; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/01/2020;											

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



NOTA DE DÉBITO

Número
278280-ND

Data de Emissão
23/12/2019

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

CLIENTE

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

DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 42 R\$6.803,10
Ped.:21661338 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 6.803,10

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

278280-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 6.803,10

FORMA DE PAGAMENTO

03/02/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 278280 de 23/12/2019.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10249361

Realizado em: 20/12/2019

Valor (R\$): 6.803,10

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\$): 6.803,10

Data de Crédito: 01/01/2020

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARI	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA SILVA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 300,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTO	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	UTIMIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.803,10

Data de Crédito: 01/01/2020

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
393.118.558-39	2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 300,00
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERR	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
375.492.158-47	2142	LUIS FERANDO BETONI	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
396.213.588-09	2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO DA SILVANATAL	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
394.946.148-52	2154	NATALIA XAVIER N. OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
648.129.879-20	64812987920	TANIA MARA BARRETO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 353,10
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
259.873.048-81	2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
408.930.248-05	10307	WILLIAN SOUZA SALADINI	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	01/01/2020		42	R\$ 6.803,10
				TOTAL BENEFÍCIOS	42
					R\$ 6.803,10
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 6.803,10
TOTAL					R\$ 6.803,10

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090248114759293581658220009281540000850890

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	20.303
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	03/02/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	03/02/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	8.508,90
--------------------	----------

VALOR COBRADO	8.508,90
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	9.F46.4C2.476.134.7D4
-----------------	-----------------------

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 188816 Série B5, emitido em 19/12/2019 20191220u47866934000174	Número da Nota 15307769			
	Data e Hora de Emissão 20/12/2019 00:32:54 Código de Verificação IHE8-9R31			
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 Inscrição Municipal: ---- CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 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 34 R\$8.505,00 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Ped.:21639956 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM: IRF 1,50%-IM/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44 Data de Vencimento: 03/02/2020 VALOR TOTAL: R\$8.508,90				
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\$)	Aliquota (%)	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 188816 Série B5, emitido em 19/12/2019; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/01/2020;				

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



NOTA DE DÉBITO

Número
188816-ND

Data de Emissão
19/12/2019

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 34 R\$8.505,00
Ped.:21639956 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 8.505,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

188816-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 8.505,00

FORMA DE PAGAMENTO

03/02/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 188816 de 19/12/2019.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10241976

Realizado em: 18/12/2019

Valor (R\$): 8.505,00

Método Pagamento:

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 8.505,00

Data de Crédito: 01/01/2020

Quantidade de Beneficiários: 34

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTI MIRANDÓPOLIS	15	17,50		R\$ 262,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
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	15	17,50		R\$ 262,50
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 8.505,00

Data de Crédito: 01/01/2020

Quantidade de Beneficiários: 34

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	22	17,50		R\$ 385,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTI MIRANDÓPOLIS	22	17,50		R\$ 385,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO DA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
648.129.879-20	64812987920	TANIA MARA BARRETO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	22	17,50		R\$ 385,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R\$ 245,00

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/01/2020		34	R\$ 8.505,00
				TOTAL BENEFÍCIOS	34
					R\$ 8.505,00
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 8.505,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

TOTAL

R\$ 8.505,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.04
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: 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: 03/02/2020

=====

DOCUMENTO: 020304
AUTENTICACAO SISBB: 0.8BB.113.618.7D4.D1E

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e 20200203u34298678000114	Número da Nota 00000048			
	Data e Hora de Emissão 03/02/2020 10:50:55 Código de Verificação FFAX-BDLR			
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: 01/2020 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 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

05/02/2020
 211

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000086487581701049381570000065635

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 20.601

DATA DE VENCIMENTO 06/02/2020

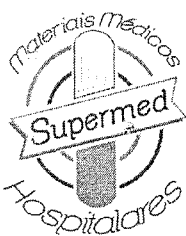
DATA DO PAGAMENTO 06/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 656,35

VALOR COBRADO 656,35

=====

NR.AUTENTICACAO B.5ED.298.F29.51F.711



**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 399394
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3993 9410 0132 7675

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
131193532645023 23/12/2019 18:49:52

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
23/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
23 DEZ 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 06/02/2020 656,35

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
656,35	67,58	0,00	0,00	656,35
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				656,35

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

17,43

PESO LÍQUIDO

17,43

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
22993	CATETER IV 24G 0,7X19MM C/100-TKL LT 9030-6121 (1)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: 90306-121, Qtde: 1, Data Fab: 10/10/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183924	000	6108	CX	1	64,2000	64,20	64,20	7,70		12,00	
28318	FILTRO BACT. VIRAL C/ TRAQ. AD C/50 SCAV LT 10004 (1)10/22 (Fornecedor: 2426, Lote: 10004, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2022)	90192010	500	6108	CX	1	258,7000	258,70	258,70	31,04		12,00	
12176	TRAMADOL 100MG 60AMP 2ML GEN-TEUTO A2 LT 9069300 (1)09/21 (Fornecedor: 258, Lote: 9069300, Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049039	000	6108	CX	1	65,6500	65,65	65,65	7,88		12,00	
26429	ALCOOL 70% 1L C/12-FARMAX HOSPITALAR LT 172 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 172, Qtde: 1, Data Fab: 10/06/2019, Data Val: 30/05/2021)	30049099	000	6108	CX	1	67,5800	67,58	67,58	8,11		12,00	
12799	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-NEVE LT 253 (6)11/24 (Fornecedor: 2444, Lote: 253, Qtde: 6, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 01/11/2024)	30059090	000	6108	PCT	6	10,0850	60,51	60,51	7,26		12,00	

DADOS ADICIONAIS

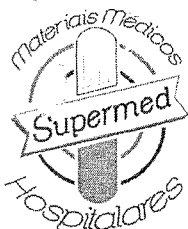
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 11...
ITEM 6 e 7 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 50,55
Pedido: 369015
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do
RICMS/MG
Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG
16041314341222200000007304445.
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,08

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/12/2019
ASS. *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de 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 399394
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3993 9410 0132 7675

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131193532645023 23/12/2019 18:49:52

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
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 22112018 (4)11/21 (Fornecedor: 4, Lote: 22112018, Qtde: 4 ,Data Fab: 19/03/2019, Data Val: 22/11/2021)	90189010	200	6108	PCT	4	17,6250	70,50	70,50	2,82		4,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA00019 (4)07/24 (Fornecedor: 918, Lote: SEEA00019, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/0- 8/2019, Data Val: 30/07/2024)	90189099	200	6108	PCT	4	17,3025	69,21	69,21	2,77		4,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086487580901046381570000353038

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 20.602

DATA DE VENCIMENTO 06/02/2020

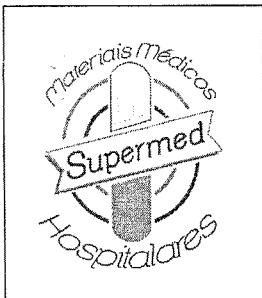
DATA DO PAGAMENTO 06/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.530,38

VALOR COBRADO 3.530,38

=====

NR.AUTENTICACAO 4.C64.C41.F52.A25.6D8



**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 399393
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3993 9310 0025 7005

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
131193532645018 23/12/2019 18:49:52

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
23/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA EM
23 DEZ 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 06/02/2020 3.530,38

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.530,38	363,18	0,00	0,00	3.530,38
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				3.530,38

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

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

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

3

CAIXA

11,18

11,18

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
20369	SIMETICONA GTS 15ML GEN-PRATI DONADUZZI LT 19J238 (10)10/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19J238, Qtde: 10, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2021)	30049099	000	6108	FR	10	2,4000	24,00	24,00	2,88		12,00	
23293	DIPIRONA(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	57,0500	57,05	57,05	6,85		12,00	
4972	EPINEFRINA(ADREN)100AMP 1ML-HIPOLABOR LT D03319 (1)04/21 (Fornecedor: 4, Lote: D03319, Qtde: 1, Data Fab: 19/11/2019, Da- ta Val: 30/04/2021)	30049099	000	6108	CX	1	162,2300	162,23	162,23	19,47		12,00	
25976	CEFTRIAXONA 1G IV 50FAM GEN-ABL LT 100447S (1)09/21 (Fornecedor: 1, Lote: 100447S, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 01/10/2022)	30042059	500	6108	CX	1	365,1300	365,13	365,13	43,82		12,00	
4472	KLARICID 500MG 1FAM-ABBOTT LT 94735TB22 (5)09/20 (Fornecedor: 4, Lote: 94735TB22, Qtde: 5, Data Fab: 30/07/2019, Data Val: 30/09/2020)	30042029	200	6108	FAM	5	32,0560	160,28	160,28	6,41		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

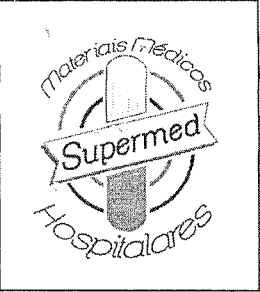
UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 5...
ITENS 5,15 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 272,32
Pedido: 368997
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do
RICMS/MG
Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG
16041314341222200000007304445.
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/12/2019
ASS. [assinatura]

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de 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 399393 SERIE 1 FOLHA 2/2									
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda a não contribuinte		INSCRIÇÃO ESTADUAL 001.771.1480296		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 813.020.011.119		CNPJ 11.206.099/0001-07							
DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS		CHAVE DE ACESSO 3119 1211 2060 9900 0107 5500 1000 3993 9310 0025 7005		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 131193532645018 23/12/2019 18:49:52		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
23399	CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.- GEN-EMS LT W7967 (1)01/21 1H4851 (1)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: W7967, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 31/01/2021 / Fornecedor: 335, Lote: 1H4851, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/20-21)	30042029	000	6108	CX	2	25,4100	50,82	50,82	6,10		12,00	
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA-FARMA LT 78NA0177 (2)01/21 (Forneced- dor: 1901, Lote: 78NA0177, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/01/2021)	30041019	000	6108	CX	2	446,6500	893,30	893,30	107,20		12,00	
12359	VANCOMICINA (NOVAMICIN) 500MG 50FAM-NOVA-FARMA LT 78NH3168 (1)08/21 (Fornecedor: 4, Lote: 78NH3168, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/10/-2019, Data Val: 31/08/2021)	30042071	000	6108	CX	1	217,8000	217,80	217,80	26,14		12,00	
4705	COLAGENASE+CLORANFENICOL (IRUXOL) 30G-ABBOTT LT 1090739 (1)05/21 1098598 (5) 07 /21 (Fornecedor: 1, Lote: 1090739, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 01/10/2022 / Fornecedor: 4, Lote: 10-98598, Qtde: 5 ,Data Fab: 21/08/2019, Data Val: 31/07/2021)	30049019	000	6108	TB	6	9,7433	58,46	58,46	7,02		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19I2-51 (5)09/21 19I254 (1)09/2 1 (Fornecedor: 9706, Lote: 19I251, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021 / Fornecedor: 9706, Lote: 19I254, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30042099	000	6108	TB	6	5,8783	35,27	35,27	4,23		12,00	
3775	SUCCINIL COLIN 100MG 1FAM EV/IM-U.QUIMICA LT 1930963 (5)08/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1930963, Qtde: 5 ,Data Fab: 04/09/2019, Data Val: 31/08/2021)	30049099	000	6108	FAM	5	8,0000	40,00	40,00	4,80		12,00	
19819	ENOXAPARINA (VERSA) 60MG C/2 SER.-EUROFARMA LT 627083A (5)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 627083A, Qtde: 5 ,Data Fab: 30/09/2019, Data Val: 31/07/2021)	30049099	000	6108	CX	5	59,5000	297,50	297,50	35,70		12,00	
11689	DIPIRONA 500MG/ML GTS 10ML GEN-FARMACE LT DS19G354 (10)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: DS19G354, Qtde: 10 ,Data Fab: 13/12/2019, Data Val: 30/07/2021)	30039099	000	6108	FR	10	0,7200	7,20	7,20	0,86		12,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB07119 (4)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: AB07119, Qtde: 4 ,Data Fab: 11/09/2-019, Data Val: 31/07/2021)	30049099	000	6108	CX	4	81,7375	326,95	326,95	39,23		12,00	
22716	POLIMIXINA B (POLIXIL B) 500.000UI 25FAM IV/IM/IT-MYLAN LT I08047 (1)07/20 (Forneced- dor: 4, Lote: I08047, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/10/2019, Data Val: 31/07/2020)	30042079	200	6108	CX	1	595,7900	595,79	595,79	23,83		4,00	
22839	LACTULOSE XAROPE 120ML-NUTRIEX LT 190821 (5)08/21 (Fornecedor: 2029, Lote: 190821, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	21069030	000	6108	FR	5	5,4000	27,00	27,00	3,24		12,00	
4777	DIMORF (A1) 10MG/ML 50AMP 1ML-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 19070481 (1)07/21 (Forneced- dor: 727, Lote: 19070481, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	30044990	000	6108	CX	1	177,8400	177,84	177,84	21,34		12,00	
22925	CLORPROMAZINA (LONGACTIL) 25MG 10AMP 5ML-CRISTALIA C1 LT 18110553 (1)11/21 (Fornecedor: 4, Lote: 18110553, Qtde: 1 ,Data Fab: 20/02/2019, Data Val: 30/11/20-21)	30049079	000	6108	CX	1	23,9600	23,96	23,96	2,88		12,00	
27328	DOMPERIDONA 10MG 60CP GEN-E MS LT 1D7991 (2)06/21 (Fornecedor: 335, Lote: 1D7991, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2021)	30049099	500	6108	CX	2	4,9000	9,80	9,80	1,18		12,00	

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100771781176181570000187495
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	20.603
NOSSO NUMERO	17115360000771781
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	06/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.874,95
VALOR COBRADO	1.874,95

=====

NR.AUTENTICACAO 1.3BF.DEA.E37.41A.776

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. 1243865 FL 2 / 2 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2438 6512 5731 2270 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135190978001674 23/12/2019 17:33:24											
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	
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTON) L: 9197880 Q: 100,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021	90183119	200	5102	PC	100,00	2,1356	213,56	213,56	25,63	0,00	12,00	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
029779	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M (TALGE) L: TLL MI024 Q: 3.000,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2024	40151900	200	5102	PC	3.000,00	0,1645	493,50	493,50	88,83	0,00	18,00	0,00
030004	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO G (TALGE) L: TLL MI019 Q: 1.000,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2024	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,1645	164,50	164,50	29,61	0,00	18,00	0,00
029588	LUVA DE PROCEDIMENTO P NITRILE S/TALCO (TALGE) L: TLNMT010 Q: 1.000,0000 F: 28/02/19 V: 28/02/2024	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,1645	164,50	164,50	29,61	0,00	18,00	0,00
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio													

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100771769171181570000186541

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 20.604

NOSSO NUMERO 17115360000771769

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 06/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.865,41

VALOR COBRADO 1.865,41

=====

NR.AUTENTICACAO A.EFC.6F7.09C.3F6.62A

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CNPJ 13916-074 - 193522580

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1243842 FL 1 / 1

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2438 4219 8664 2256

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

135190977963838 23/12/2019 17:20:58

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

23/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

23/12/2019

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
1243842/1	06/02/2020	1.865,41						

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		
1.865,41		246,40	0,00		0,00	1.865,41		
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	1.865,41	

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	NÚMERO		PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
3,00	VOLUME(S)		0,06109		41,304	41,304	

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
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENE	30049045	000	5102	AP	200,00	0,9986	199,72	199,72	23,97	0,00	12,00	0,00
	L: AT-018/19 Q: 200,0000 F: 30/04/19 V: 30/03/2021												
027951	DOBUTAMINA 250MG, CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITE	30039099	009	5102	AP	20,00	7,0488	140,98	140,98	16,92	0,00	12,00	0,00
	M GENE												
	L: 19091152 Q: 20,0000 F: 24/09/19 V: 30/09/2021												
023741	NITROGLICERINA 50MG (CRISTALIA) L: 19060221 Q: 10,	30049099	000	5102	AP	10,00	26,3907	263,91	263,91	47,51	0,00	18,00	0,00
	0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2021												
008296	NITROPRUSSATO DE SODIO DIIDRATADO 50MG (HYPOFA	30039099	000	5102	AP	10,00	11,1841	111,84	111,84	20,13	0,00	18,00	0,00
	RMA) L: 19091260 Q: 10,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021												
025012	FLUCONAZOL 2MG/ML S.FECHADO (SANOBIO) (ITEM GE	30049099	000	5102	BO	18,00	11,748	211,46	211,46	25,38	0,00	12,00	0,00
	NERICO) L: 19095051 Q: 12,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021 L: 19105093 Q: 6,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021												
030442	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML S.FECHADO BOLSA (EUR	30049099	000	5102	BO	30,00	3,6419	109,26	109,26	13,11	0,00	12,00	0,00
	OFARMA) L: 651687 Q: 30,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021												
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENE	30049099	000	5102	AP	300,00	2,7608	828,24	828,24	99,38	0,00	12,00	0,00
	L: AP -088/19 Q: 300,0000 F: 30/07/19 V: 30/06/2021 *** Portaria 344/98 B1												

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASIL.PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 24/12/2019 Pedido: 1528242 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1528242 *** O pagamento deveser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não 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: RODOVIÁRIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/12/2019
ASS. *João*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000086487576001041181570000322924

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 20.605

DATA DE VENCIMENTO 06/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.229,24

VALOR COBRADO 3.229,24

=====

NR.AUTENTICACAO B.967.1C1.1B8.A37.D94

RECEBEMOS DE (SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO				NF-e Nº 48091 SÉRIE 1									
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEDOR												
 SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA Avenida Tower Automotive - Galpao 26, 300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAIDA 1 Nº 48091 SERIE 1 FOLHA 1/2		 CHAVE DE ACESSO 3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0480 9110 0029 2537 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 135190978282493 23/12/2019 19:42:30											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 188.070.970.117	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO		CNPJ 11.206.099/0004-41										
DESTINATÁRIO / REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSP. BENEFICIENTE DO BRASIL (3467)			CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 23/12/2019									
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	06/02/2020	3.229,24											
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 3.229,24	VALOR DO ICMS 433,17	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.229,24									
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESKONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00									
VALOR TOTAL DA NOTA 3.229,24													
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA		FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO									
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200		MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118									
QUANTIDADE 10	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 85,61									
PESO LÍQUIDO 85,61													
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	ALI IPI
22773	MEROPENEM 1G 25FAM GEN-BIOQUIMICO LT 0087-65 (3) 08/2021 (Fornecedor: 15111, Lote: 008765, Qtde: 3 ,Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 31/08/2021)	30042099	000	5102	CX	3	446,7200	1.340,16	1.340,16	160,82		12,00	
12445	AGUA P/ INJECAO 20FR 500ML-SANOBIOL LT 19-095061 (1) 09/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19095061, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 06/09/2021)	30049099	000	5102	CX	1	45,9500	45,95	45,95	8,27		18,00	
12449	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 20FR 500ML-SANOBIOL LT 19085107 (1) 08/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19085107, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/08/-2019, Data Val: 19/08/2021)	30049099	000	5102	CX	1	54,1500	54,15	54,15	9,75		18,00	
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS08219 (6) 06/2-021 (Fornecedor: 7736, Lote: AS08219, Qtde: 6 ,Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 30/06/2021)	30045090	000	5102	CX	6	188,0050	1.128,03	1.128,03	135,36		12,00	
16772	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 100ML 70FRA-EQUIPLE LT 1915765 (3) 10/2021 (Fornecedor: 104, Lote: 1915765, Qtde: 3 ,Data Fab: 16/10/2-019, Data Val: 14/10/2021)	30049099	000	5102	CX	3	138,8600	416,58	416,58	74,98		18,00	
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 10. Rota 1 possui 1 volume(s), rota 7 possui 7 volume, R R1 P 1 V(s), R. R1-P2 P 1 V R1N1V1R7V7R1V1R1N1V1.. Pedido: 48155 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) 4934-1703 Rota..... 3 Cubagem: 0,17								RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 27/12/2019 ASS. [Assinatura] Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saude UGUE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miranda Tipo de Despesa: Custeio					



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

Avenida Tower Automotiva - Galpao 26,
300 - Laranja Azulada - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 48091
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0480 9110 0029 2537

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190978282493 23/12/2019 19:42:30

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
12461	SOL.DE GLICOSE 5% 40FR 250ML-SANOBIOL LT 19095065 (2) 09/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19095065, Qtde: 2 ,Data Fab: 09/09/- 2019, Data Val: 09/09/2021)	30049099	000	5102	CX	2	87,9350	175,87	175,87	31,66		18,00	
24050	QUETIPIN(C1) 25MG 30CP REV.-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 19040683 (3) 04/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19040683, Qtde: 3 ,Data Fab: 12/04/2019, Data Val: 12/04/20- 21)	30049079	000	5102	CX	3	4,2833	12,85	12,85	2,31		18,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19000578 (1) 02/2021 (Fornecedor: 58, Lote: BF19000578, Qtde: 1 ,Data Fab: 31/03/2019, Data Val: 28/02/20- 21)	30043100	000	5102	FR	1	18,7400	18,74	18,74	3,37		18,00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006523 (2) 11/2020 (Forneci- dor: 58, Lote: BF18006523, Qtde: 2 ,Data Fab: 31/12/2018, Data Val: 30/11/2020)	30043100	000	5102	FR	2	18,4550	36,91	36,91	6,65		18,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Carta de Correção

Orgão Recepção do Evento	Ambiente	Versão
35 - SÃO PAULO	1 - Produção	1.00

Chave de Acesso	Id do Evento
35191211206099000441550010000480911000292537	ID1101103519121120609900044155001000048091100029253701
Autor Evento (CNPJ / CPF)	Data Evento
11.206.099/0004-41	26/12/2019 às 13:01:39-03:00

Tipo de Evento	Sequencial do Evento
110110 - Carta de Correção	1

Detalhes do Evento

Descrição do Evento	Versão
Carta de Correcao	1.00

Texto da Carta de Correção
Alterada a Transportadora para: 327-TRANSFARMA LOGISTICA TRANSPORTES LTDA RUA JUA, 181 SAUDE SAO PAULO SP CNPJ:17.557.611/0001-38 IE:142094849119

Autorização pela SEFAZ

Mensagem de Autorização	Protocolo	Data/Hora Autorização
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135190981726563	26/12/2019 às 13:01:27-03:00

Condições de uso da Carta de Correção

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000086487577901041481570000201100

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 20.606

DATA DE VENCIMENTO 06/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.011,00

VALOR COBRADO 2.011,00

=====

NR.AUTENTICACAO 8.7FF.3D1.693.023.2C5

RECEBEMOS DE (SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

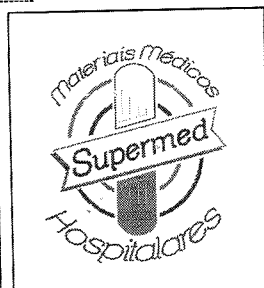
IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



NF-e

Nº 48110

SÉRIE 1



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 48110
SÉRIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0481 1010 0089 5948

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190978295322 23/12/2019 19:50:40

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

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
23/12/2019

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
26 DEZ 2019

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 06/02/2020 2.011,00

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
1.510,40	230,03	0,00	0,00	2.011,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				2.011,00

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 13	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 61,79	PESO LÍQUIDO 61,79

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
22991	CATETER IV 20G 1,1X32MM C/100-TKL LT 9036-2/166 (1) 06/2024 (Fornecedor: 992, Lote: 90362/166, Qtde: 1, Data Fab: 02/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183924	200	5102	CX	1	56,6400	56,64	56,64	10,20		18,00	
5827	CATETER IV 22G 25MM C/50-SAFELET NIPRO REF. CI+2225 LT 19E22B (1) 04/2024 (Fornecedor: 1752, Lote: 19E22B, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183924	000	5102	CX	1	35,8900	35,89	35,89	6,46		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 201900705 (1) 07/2024 (Fornecedor: 241-4, Lote: 201900705, Qtde: 1, Data Fab: 05/07/2019, Data Val: 06/07/2024)	90183999	200	5102	CX	1	16,5000	16,50	16,50	2,97		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	16,9800	16,98	16,98	3,06		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA0006 (2) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0006, Qtde: 2, Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90189010	200	5102	PCT	2	20,9000	41,80	41,80	7,52		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

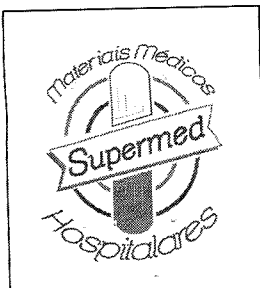
UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 Total de volumes: 13. Rota 4 possui 9 volume(s), rota R4 possui 4 volume(s)#R4V9R4V4...
ITEM 6 e 7 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate 30/09/2019.
ITEM 19 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 19 ICMS-ST retido por operação anterior base: 368,20 valor: 35,05
Pedido: 48164
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) 4934-1703
Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 19
Rota....: 3 Cubagem: 0,59

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/12/19
ASS. *Sandra*

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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 48110
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0481 1010 0089 5948

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135190978295322 23/12/2019 19:50:40

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.STINSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

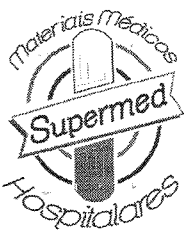
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

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
22094	COLETOR SECRECAO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC LT 19/A02398 (5) 08/2021 (Fornecedor: 771-0, Lote: 19/A02398, Qtde: 5, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	90183929	040	5102	UND	5	4,7880	23,94					
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PC-EMBRAMED 19-05G-REF.490084 LT 1900034113 (10) 08/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900034113, Qtde: 10, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2022)	90183921	040	5102	PC	10	7,6660	76,66					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (12) 06/2021 (Fornecedor: 20-80, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 12, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	12	12,8000	153,60	153,60	27,65		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	
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	5,7000	57,00	57,00	6,84		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 3426M4 (4) 08/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3426M4, Qtde: 4, Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	4	5,3000	21,20	21,20	2,54		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 3844M4 (4) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3844M4, Qtde: 4, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	200	5102	CX	4	5,3000	21,20	21,20	2,54		12,00	
22209	LANCETA MEDISAFE SOLO 23G ROSA C/20-0-TKL LT Z48F314J4 (2) 06/2024 (Fornecedor: 992, Lote: Z48F314J4, Qtde: 2, Data Fab: 22/08/2019, Data Val: 01/06/2024)	90183999	200	5102	CX	2	33,0900	66,18	66,18	11,91		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	19,8700	19,87	19,87	3,58		18,00	
22390	SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 17610 (1) 10/2022 (Fornecedor: 7960, Lote: 17610, Qtde: 1, Data Fab: 10/10/2017, Data Val: 09/10/2022)	90183929	200	5102	CX	1	31,4600	31,46	31,46	5,66		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G7-44 (1) 11/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G744, Qtde: 1, Data Fab: 26/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183111	200	5102	CX	1	57,0000	57,00	57,00	10,26		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0348 (13) 01/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0348, Qtde: 13, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90183119	200	5102	CX	13	22,0000	286,00	286,00	34,32		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1467/19 (3) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1467/19, Qtde: 3, Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 17/07/2024)	90183119	000	5102	CX	3	104,0000	312,00	312,00	37,45		12,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE-RIATRIC LT 13877 (5) 11/2022 (Fornecedor: 7983, Lote: 13877, Qtde: 5, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 01/11/2022)	96190000	060	5405	FD	5	80,0000	400,00					
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 LT 52623 (20) 10/2023 (Fornecedor: 9657, Lote: 52623, Qtde: 20, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2023)	90183929	000	5102	PCT	20	6,8000	136,00	136,00	24,48		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	



**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 48110
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3519 1211 2060 9900 0441 5500 1000 0481 1010 0089 5948

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

135190978295322 23/12/2019 19:50:40

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
13502	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.8,0 PC-SOLIDOR LT 13518101 (1) 10/2023 (Fornecedor: 2080, Lote: 13518101, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2018, Data Val: 31/10/2023)	90183929	200	5102	PC	1	14,3100	14,31	14,31	2,58		18,00	
16790	ESCOVA C/ CLOREXIDINA C/48-VIC PHARMA LT M26329 (1) 10/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: M26329, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2022)	30039099	000	5102	CX	1	66,2100	66,21	66,21	11,92		18,00	
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPECIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0002 (2) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0002, Qtde: 2, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2024)	39269030	500	5102	CX	2	11,5500	23,10	23,10	4,15		18,00	

Carta de Correção

Orgão Recepção do Evento	Ambiente	Versão
35 - SÃO PAULO	1 - Produção	1.00

Chave de Acesso	Id do Evento
35191211206099000441550010000481101000895948	ID1101103519121120609900044155001000048110100089594801
Autor Evento (CNPJ / CPF)	Data Evento
11.206.099/0004-41	26/12/2019 às 13:01:23-03:00

Tipo de Evento	Sequencial do Evento
110110 - Carta de Correção	1

Detalhes do Evento

Descrição do Evento	Versão
Carta de Correcao	1.00

Texto da Carta de Correção
Alterada a Transportadora para: 327-TRANSFARMA LOGISTICA TRANSPORTES LTDA RUA JUA, 181 SAUDE SAO PAULO SP CNPJ:17.557.611/0001-38 IE:142094849119

Autorização pela SEFAZ

Mensagem de Autorização	Protocolo	Data/Hora Autorização
135 - Evento registrado e vinculado a NF-e	135190981725861	26/12/2019 às 13:01:11-03:00

Condições de uso da Carta de Correção

A Carta de Correcao e disciplinada pelo paragrafo 1o-A do art. 7o do Convenio S/N, de 15 de dezembro de 1970 e pode ser utilizada para regularizacao de erro ocorrido na emissao de documento fiscal, desde que o erro nao esteja relacionado com: I - as variaveis que determinam o valor do imposto tais como: base de calculo, aliquota, diferenca de preco, quantidade, valor da operacao ou da prestacao; II - a correcao de dados cadastrais que implique mudanca do remetente ou do destinatario; III - a data de emissao ou de saida.

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090308371800100000002170181580000126000
BENEFICIARIO:
MEDC X E CIRURGICOS LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA
CNPJ: 16.610.451/0001-80
SACADOR AVALISTA:
MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA
CNPJ: 16.610.451/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	20.607
NOSSO NUMERO	308371800000000002
CONVENIO	03083718
DATA DE VENCIMENTO	07/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.260,00
VALOR COBRADO	1.260,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.6E5.C1E.D18.2DE.3F9

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

NF-e

Nº: 683

SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP

Rua Caldas Novas, 50 - Bethaville I

Barueri - SP

CEP: 06404-301

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº: 683

Série: 1

FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3520 0116 6104 5100 0180 5500 1000 0006 8312 8689 2070

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

135200017566066 08/01/2020 15:33:14

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

206488140110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DE SUBST.

CNPJ / CPF

16.610.451/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

08/01/2020 15:27:48

ENDEREÇO

Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03

BAIRRO / DISTRITO

Jardim Ariano

CEP

16400-400

DATA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA / ENTRADA

FATURA / PARCELA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
R\$ 1.260,00	R\$ 226,80	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 1.260,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				R\$ 1.260,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	VALOR		ALÍQUOTA %	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
0732	ENOXAPARINA 60 MG	30049099	000	5102	UN	20	19,0000	380,00	380,00	68,40	0,00	18,00	0,00
0731	ENOXAPARINA 40MG	30049099	000	5102	UN	20	13,0000	260,00	260,00	46,80	0,00	18,00	0,00
0214	Enoxaparina 20Mg	30049099	000	5102	UN	10	8,0000	80,00	80,00	14,40	0,00	18,00	0,00
6236	PIPE/TAZO 4g+500mg	30049039	000	5102	AMP	30	18,0000	540,00	540,00	97,20	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Informações complementares de interesse do Contribuinte:
PAGAMENTO BOLETO PARA 07/02/2019
ENDEREÇO DE ENTREGA:
AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585
MIRANDÓPOLIS
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107-2017

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 09/01/2020
ASS. *João*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.04
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	85890000071-9	42200179200-4
	20763705084-3	53494610008-6
Data do pagamento		07/02/2020
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		01/2020
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		07/02/2020
VALOR DEPOSITO		7.142,20
Valor Total		7.142,20

DOCUMENTO: 020701

AUTENTICACAO SISBB: D.59F.1A3.5A8.B31.B94

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

Mia

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/02/2020 - 22:24:22

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 89.277,61	06-QTDE TRABALHADORES 43	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 01/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/02/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.142,20	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 7.142,20
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/02/2020

858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 06/02/2020 - 22:24:22

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 89.277,61	06-QTDE TRABALHADORES 43	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 01/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/02/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.142,20	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 7.142,20
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/02/2020

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



07/02/2020
211

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 39.0 (16/01/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/02/2020
HORA: 22:24:22
PÁG : 0001/0007

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

858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
COMP: 01/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00

TOMADOR/OBRA:

NOME TRABALHADOR
REM SEM 13º SAL

REM 13ºSAL BASE CÁL 13ºSAL PREV SOC CONTRIB SEG DEVIDA ADMISSÃO CAT OCOR DATA/COD MOVIMENTAÇÃO CBO
BASE CÁL PREV SOCIAL DEPÓSITO JAM

ALCIONE BOGAZ	1.890,13	0,00	128.78920.15-7	0,00	16/01/2018	01		151,21	03222	0,00
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	3.153,76	0,00	125.20024.54-4	0,00	20/10/2018	01		252,31	02235	0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.312,23	0,00	133.59258.89-3	0,00	04/10/2017	01		264,97	02235	0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.605,51	0,00	180.90148.36-6	0,00	04/10/2017	01		128,44	03222	0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.849,47	0,00	125.41159.51-1	0,00	04/10/2017	01		147,96	03222	0,00
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.869,80	0,00	160.99087.56-8	0,00	23/07/2018	01		149,58	02235	0,00
BIANCA CAETANO COSTA	2.756,21	0,00	128.98626.17-3	0,00	17/01/2018	01		220,49	02235	0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE	3.052,75	0,00	209.83236.77-6	0,00	20/12/2019	01		244,22	0,00	0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ	1.832,50	0,00	129.80319.17-3	0,00	04/10/2017	01		146,60	03222	0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ			129.80319.17-3		04/10/2017	01		10/01/2020	03222	
CATIA FERNANDA FERRAZ			129.80319.17-3		04/10/2017	01		13/01/2020	03222	
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.605,51	0,00	128.09298.18-3	0,00	22/03/2019	01		128,45	03222	0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.910,48	0,00	125.02011.74-6	0,00	03/05/2019	01		152,84	03222	0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE	1.641,92	0,00	203.38786.55-9	0,00	04/10/2017	01		131,35	04110	0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTI LISBOA DE SOUZ	2.524,49	0,00	204.40341.55-2	0,00	04/10/2017	01		201,95	03222	0,00

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 39.0 (16/01/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/02/2020
HORA: 22:24:22
PÁG : 0002/0007

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

858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA													
COMP: 01/2020		COD REC: 115		COD GPS: 2305		FPAS: 639		OUTRAS ENT:		SIMPLES: 1		RAT: 2.0	
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89													
FAP: 0.50													
RAT AJUSTADO: 1.00													
INSCRIÇÃO:													
TOMADOR/OBRA:													
NOME TRABALHADOR													
REM SEM 13º SAL													
REM 13º SAL													
BASE CÂL 13º SAL													
PREV SOC													
CONTRIB SEG DEVIDA													
CAT													
OCOR													
DATA/COD MOVIMENTAÇÃO													
DEPÓSITO													
CBO													
JAM													
EDILAINÉ MUNHOZ MAÇUEA													
1.890,13													
0,00													
124.85513.93-9													
04/10/2017													
01													
170,11													
04/10/2017													
01													
209.15153.56-9													
0,00													
128,44													
04/10/2017													
01													
126.22542.14-5													
0,00													
128,44													
04/10/2017													
01													
132.60974.45-7													
0,00													
193,93													
04/10/2017													
01													
207.86720.36-5													
0,00													
111,94													
04/10/2017													
01													
169.20547.00-8													
0,00													
113,32													
04/10/2017													
01													
122.35412.21-3													
0,00													
168,28													
04/10/2017													
01													
206.75977.19-8													
0,00													
249,36													
12/06/2018													
01													
164.11866.81-4													
0,00													
128,44													
04/10/2017													
01													
129.46882.17-0													
0,00													
358,18													
03/05/2019													
01													
204.92505.78-5													
0,00													
128,44													
04/10/2017													
01													
163.67215.87-6													
0,00													
166,45													
04/10/2017													
01													
204.92499.89-0													
0,00													
259,76													
04/10/2017													
01													
203.30629.68-3													
0,00													
128,44													
04/10/2017													
01													
204.89256.27-3													
0,00													
116,01													
04/10/2017													
01													
1.450,13													
0,00													
116,01													
04/10/2017													
01													
0.00													
0.00													

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 39.0 (16/01/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - ME

DATA: 06/02/2020
HORA: 22:24:22
PÁG: 0003/0007

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

858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA										INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89	
COMP: 01/2020		COD REC:115		COD GPS: 2305		FPAS: 639		OUTRAS ENT:		SIMPLES: 1	
RAT: 2.0		FAP: 0.50		RAT AJUSTADO: 1.00		INSCRIÇÃO:					
TOMADOR/OBRA:											
NOME TRABALHADOR		REM 13ºSAL		BASE CÂL 13ºSAL		PREV SOC		CONTRIB		SEG DEVIDA	
REM SEM 13º SAL		PIS/PASEP/CI		ADMISSÃO		CAT		OCOR		DATA/COD	
		BASE CÂL		PREV SOCIAL						MOVIMENTAÇÃO	
										DEPÓSITO	
										CBO	
										JAM	
NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE											
2.831,17		0,00		236.44631.30-8		04/10/2017		01		02236	
				0,00		254,80				0,00	
NATALIA PAZINATO DA SILVA				204.97661.73-4		25/01/2019		01		03222	
1.605,51		0,00		0,00		128,44				0,00	
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA				203.20306.87-3		04/10/2017		01		02235	
91,88		0,00		0,00		7,35				17/12/2019	
NILZA PEREIRA GARCIA				125.26345.98-9		11/12/2019		04		13/01/2020	
0,01		0,00		0,00		0,00				J	
PATRICIA ADRIANA FERREIRA				190.47976.86-2		04/10/2017		01		0,00	
1.890,13		0,00		0,00		170,11				151,21	
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA				236.45761.69-8		04/10/2017		01		03222	
1.624,04		0,00		0,00		129,92				129,92	
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA				127.24425.16-4		04/10/2017		01		02235	
2.756,21		0,00		0,00		248,05				220,50	
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA				126.82653.15-6		04/10/2017		01		04110	
1.676,58		0,00		0,00		134,12				134,13	
RICARDO DE CARVALHO				125.51156.27-2		04/10/2017		01		03222	
1.869,80		0,00		0,00		168,28				149,59	
SONIA DOS SANTOS ROCHA				116.26217.35-6		17/09/2019		01		03222	
1.805,88		0,00		0,00		144,47				144,48	
SONIA MARIA RIZZO				120.98824.43-4		04/10/2017		01		03222	
1.605,51		0,00		0,00		128,44				128,45	
THAIS BOARETO DA SILVA				134.51447.81-8		15/09/2014		01		02235	
4.620,89		0,00		0,00		508,29				369,67	
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ				190.08698.55-5		11/06/2019		01		03222	
1.605,52		0,00		0,00		128,44				128,44	
VIVIANE LIE YOKOYAMA				125.93226.14-7		04/10/2017		01		02236	
4.424,11		0,00		0,00		486,65				353,93	
WILLIAN SOUZA SALADINI				158.61320.19-9		02/05/2018		01		02236	
2.894,57		0,00		0,00		260,51				231,56	

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 39.0 (16/01/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - ME

DATA: 06/02/2020
HORA: 22:24:22
PÁG : 0004/0007

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

858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	FPAS: 639	OUTRAS ENT:	SIMPLES: 1	RAT: 2.0	INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89		
COMP: 01/2020 COD REC: 115	COD GPS: 2305				FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00		
TOMADOR/OBRA:					INSCRIÇÃO:		
NOME TRABALHADOR		PLS//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					
TANIA MARA BARRETO			121.37609.31-4	05/07/2019	01	21/01/2020	03222
2.729,37			267,60	267,04		0,00	0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR
92.006,98

267,60

267,60

8.466,68

7.142,20

0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

MODALIDADE: "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA N° DE CONTROLE: BDEmmh9RgyF0000-0 N° ARQUIVO: Mj4KE08gxRK0000-0
COMP: 01/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: CEP: 17230-000 BAIRRO: CENTRO FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	43	89.277,60	0,00	92.006,97	267,60
04	1	0,01	0,00	0,01	0,00
TOTAIS:	44	89.277,61	0,00	92.006,98	267,60

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GEIP - SEFIP 8.40 (14/12/2017) TABELAS 39.0 (16/01/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/02/2020
HORA: 22:24:22
PÁG: 0006/0007

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

FGTS

858900000719 422001792004 207637050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA N° DE CONTROLE: BDEmmh9RgyF0000-0
COMP: 01/2020 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 CNAE: 8610102

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

FGTS - 8%

REMUNERAÇÃO SEM 13º SALÁRIO 89.277,61
REMUNERAÇÃO 13º SALÁRIO 0,00

43

QUANTIDADE TRABALHADORES

VALORES DO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/02/2020				
DEPÓSITO FGTS				
7.142,20	0,00	0,00	0,00	7.142,20

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 06/02/2020
HORA: 22:24:22
PÁG : 0007/0007

EMPRESA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA N° DE CONTROLE: BDEmmh9RgyF0000-0
COMP: 01/2020 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 CEP: 17230-000 TELEFONE: 0011 3905 6104 CNAE: 8610102

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP: 7.411.22 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 8.466.68
SALÁRIO FAMÍLIA: 0.00 RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO: 0.00
SALÁRIO MATERNIDADE: 1.055.46 PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL: 0.00 13° 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: VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

RETENÇÃO (LEI 9.711/98) 0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00
VALOR INFORMADO: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA 20 ANOS: 4.620.89 25 ANOS: 0.00
15 ANOS: 0.00
QUANTIDADE: 0 QUANTIDADE: 1 QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS
H : 0 I1: 1 I2: 0 I3: 0 I4: 0 J : 1 K : 0 L : 0 M : 0 N1: 0
N2: 0 N3: 0 O1: 0 O2: 0 O3: 0 P1: 1 P2: 0 P3: 1 Q1: 1 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: 1 Z5: 0 Z6: 0

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190613576544083347600001526110181600000174550

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 21.001

NOSSO NUMERO 6135654408

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 09/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.745,50

VALOR COBRADO 1.745,50
=====

NR.AUTENTICACAO C.D97.C0F.9CE.187.E66

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

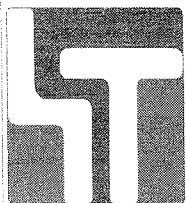
NF-e

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

N. 000226636

SÉRIE 1



Samtronic Industria e Comercio Ltda

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

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. TRIBUT.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

11/12/2019

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001

002

10/01/2020

09/02/2020

1.745,50

1.745,50

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

3.491,00

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

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

4

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

9,720

PESO LÍQUIDO

8,500

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 500N) Lote(S): AG01990233441600B - Val idade: 31/08/2022	90189699	040	5101	UN	100,0000	16,96000000	1.696,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 500N) Lote(S): SE71990031361900B - 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

CÁLCULO 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 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: 440821 *** Cotacao Numero: 4817 Valor Aproximado dos Tributos: R\$
1120,27 (32,09%).

RESERVADO AO FISCO

AP38 - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/12/19
ASS. *Loais*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100772194171781600000052622

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 21.002

NOSSO NUMERO 17115360000772194

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 09/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 526,22

VALOR COBRADO 526,22

=====

NR.AUTENTICACAO 1.7B2.F13.823.0DD.9DA

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1244362 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3519 1267 7291 7800 0491 5500 1001 2443 6211 3913 1149

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

135190983356553 26/12/2019 21:41:04

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

26/12/2019

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

26/12/2019

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
1244362/1	09/02/2020	526,22						

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	
526,22	94,72	0,00	0,00	526,22	
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	526,22

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

1,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,00000

PESO BRUTO

0,168

PESO LÍQUIDO

0,168

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
023638	VASOPRESSINA SINTETICA 20U (BIOLAB SANUS) L: 10372 47 Q: 20,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30043999	000	5102	AP	20,00	23,60	472,00	472,00	84,96	0,00	18,00	0,00
031170	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290419 Q: 100,0000 F: 26/07/19 V: 25/07/2021	38220090	000	5102	TI	100,00	0,5422	54,22	54,22	9,76	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: 27/12/2019 Pedido: 1529034 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1529034 *** 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 27/12/19

ASS. *Isadora*Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100676567571281610000075307

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 21.003

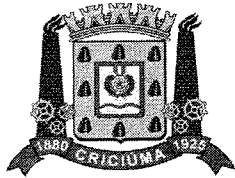
DATA DE VENCIMENTO 10/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 753,07

VALOR COBRADO 753,07
=====

NR.AUTENTICACAO 4.78C.03D.59C.F9D.6C8



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

Número do RPS	Número da nota
986413	1017602
Data da emissão da nota	16/01/2020 14:15:02
Data do fato gerador	16/01/2020 09:36:07
Código de verificação	EUT3-5SWAQ

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CPF/CNPJ: 00910509001305 Inscrição Municipal: 48.563 Telefone: ((**0x) x48)-3461
Nome/Razão Social: THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDO Inscrição Estadual:
Endereço: Av. Centenário Número: 7405 Bairro: Nª Sra. da Salete CEP: 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.: 1/2020.	753,07	1	753,07	753,07	x 2,00 =	15,06

VENCIMENTOS: (10/02/2020 - 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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399862915103300000404938201011181610000122104

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 21.004

DATA DE VENCIMENTO 10/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.221,04

VALOR COBRADO 1.221,04

=====

NR.AUTENTICACAO 3.2A1.0D0.FBD.17D.433

 HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD NUTR LTDA RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO 17015-022 BAURU SP Telefone(14) 3366-6900		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 45877 Série 0 FL 1/1			
NATUREZA DE OPERAÇÃO VENDAS MERC.AD/REC.TERC				CHAVE DE ACESSO 3519 1202 7864 3600 0183 5500 0000 0458 7714 0940 1921	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 209248284110		INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO 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 135190985753846 27/12/2019 16:04:46					

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 209248284110				DATA DE EMISSÃO 27/12/2019	
HORA SAÍDA / ENTRADA 16:04					

FATURA	
0 - A vista	10/02/2020 1.221,04
1 - A prazo 1	

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR FCP-ST	VALOR APROX. TRIBUTOS (LEI 12.741/2012)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	384,62
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.221,04
					VALOR TOTAL DA NOTA
					1.221,04

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL NOROESTE EXPRESS LOGISTICA E TRANSP LTDA			FRETE POR CONTA 0-CIF		CÓDIGO ANTT
ENDEREÇO RUA JOAQUIM ANACLETO BUENO, 2-50			MUNICÍPIO BAURU		PLACA VEÍCULO
QUANTIDADE 1			ESPÉCIE CX		UF SP
MARCA			NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 9,000
					PESO LÍQUIDO 9,000

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
54	KABIVEN 1900 KCAL / 2053 ML Lote 10NC5000 Val 28-02-21 Qtd 4,00 Vlr aprox. tributos RS 384,62 (31,5000%, Conf. Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	4,000	305,2600	1.221,04				

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

DADOS ADICIONAIS			
ICMS Desonerado 0,00	ICMS FCP p/UF dest	Vir ICMS Inter. p/destino	Vir ICMS Inter. p/remetente
Vir IPI devol. 0,00	RESERVADO AO FISCO		
Ind. presença 3=Operação não presencial, Teleatendimento PEDIDO PASSADO POR ELIS-SJRP E DIG POR DRIELY OBS: UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 LOCAL DE ENTREGA : DR RAUL DA CUNHA BUENO N.585 MIRANDÓPOLIS - SP MONTADO E FAT POR LUCAS			

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000087204717901047881620000064822

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 21.005

DATA DE VENCIMENTO 11/02/2020

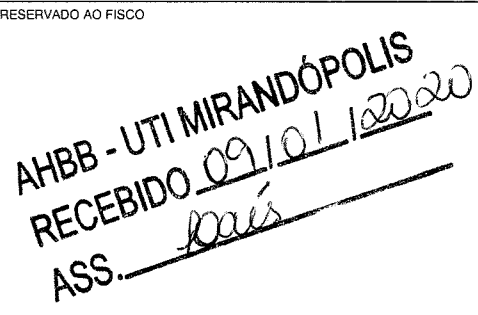
DATA DO PAGAMENTO 10/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 648,22

VALOR COBRADO 648,22

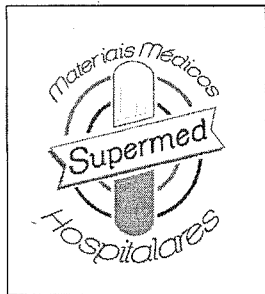
=====

NR.AUTENTICACAO 9.9FF.144.505.D6E.566

	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 402243 SERIE 1 FOLHA 1/2	 CHAVE DE ACESSO 131203544059426 07/01/2020 18:14:41 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 131203544059426 07/01/2020 18:14:41										
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 07/01/2020										
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400										
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 07 JAN 2020										
FATURA / DUPLICATA 001 11/02/2020 648,22													
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 648,22		VALOR DO ICMS 63,54	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00										
VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 648,22											
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00										
VALOR TOTAL DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 648,22											
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA		FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF 01125797000540										
ENDEREÇO AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,		MUNICÍPIO POUSO ALEGRE	UF MG INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006										
QUANTIDADE 6	ESPÉCIE CAIXA	MARCA NÚMERO PESO BRUTO 33,70	PESO LÍQUIDO 33,70										
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT 1C53-08 (2)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1C5308, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/05/2021)	30043220	000	6108	CX	2	4,7400	9,48	9,48	1,14		12,00	
14141	IBUPROFENO 100MG/ML FR 20ML GEN-MEDQUIMICA LT 20859L (5)09/21 (Fornecedor: 7981, Lote: 20859L, Qtde: 5, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049029	000	6108	FR	5	2,8000	14,00	14,00	1,68		12,00	
13978	CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 15-0ML-PRATI DONADUZZI LT 19K712 (5)11/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19K712, Qtde: 5, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	FR	5	2,9800	14,90	14,90	1,79		12,00	
26429	ALCOOL 70% 1L C/12-FARMAX HOSPITALAR LT 182 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 182, Qtde: 1, Data Fab: 15/07/2019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	000	6108	CX	1	71,6300	71,63	71,63	8,60		12,00	
14081	CLORETO POTASSIO 19,1% 20-0AMP 10ML PL-FARMACE LT 19H8911C (1)08/21 (Fornecedor: 2385, Lote: 19H8911C, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30039099	000	6108	CX	1	44,4200	44,42	44,42	5,33		12,00	
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 14 B 7... ITENS 6,8 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal). Emenda Constitucional 87 de 2015: Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 53,15 Pedido: 371841 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG 16041314341222200000007304445. Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703 Rota....: 3 Cubagem: 0,12								RESERVADO AO FISCO 					

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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-SAÍDA

1

Nº 402243
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4022 4310 0087 8618

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

131203544059426 07/01/2020 18:14:41

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
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 34119S06AA (4)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 34119S06AA, Qtde: 4 ,Data Fab: 10/12/2019, Data Val: 31/07/2021)	90181100	200	6108	PCT	4	12,7000	50,80	50,80	2,03		4,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR021J (2)11/22 (Fornecedor: 7934, Lo- te: PR021J, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	6108	CX	2	157,8150	315,63	315,63	37,88		12,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0287 (6)10/23 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0287, Qtde: 6 ,Data Fab: 26/08/2019, Data Val: 31/10/2023)	90183119	200	6108	CX	6	21,2267	127,36	127,36	5,09		4,00	

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196. - Hospital Estadual

'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000087204715201044681620000056739

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 21.006

DATA DE VENCIMENTO 11/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 567,39

VALOR COBRADO 567,39

=====

NR.AUTENTICACAO B.208.0F5.FB6.9F1.FE5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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 49948
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0499 4810 0122 7273

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

135200014715909 07/01/2020 19:20:23

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
07/01/2020

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

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 11/02/2020 567,39

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	534,87	VALOR DO ICMS	87,98	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	567,39
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	567,39

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

ESPÉCIE

CAIXA

MARKA

NÚMERO

PESO BRUTO

19,46

PESO LÍQUIDO

19,46

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19000578 (2) 02/2021 (Fornecedor: 58, Lote: BF19000578, Qtde: 2 ,Data Fab: 31/03/2019, Data Val: 28/02/20- 21)	30043100	000	5102	FR	2	19,8600	39,72	39,72	7,15		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 201900705 (1) 07/2024 (Fornecedor: 241- 4, Lote: 201900705, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/ 07/2019, Data Val: 06/07/2024)	90183999	200	5102	CX	1	17,4900	17,49	17,49	3,15		18,00	
24091	SONDA NASOGAST.LONGA N.16 C/10-MEDSONDA REF.10104160 LT 50379 (1) 04/2023 (Forne- cedor: 9657, Lote: 50379, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2023)	90183929	000	5102	PCT	1	9,8400	9,84	9,84	1,77		18,00	
24092	SONDA NASOGAST.LONGA N.18 C/10-MEDSONDA REF.10104180 LT 50314 (1) 03/2023 (Forne- cedor: 9657, Lote: 50314, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 30/03/2023)	90183921	000	5102	PCT	1	9,5500	9,55	9,55	1,72		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PC-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 1900038860 (4) 09/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900038860, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/- 2022)	90183921	040	5102	PC	4	8,1300	32,52					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 #R1N2V1R3V1R4V1..
ITEM 5 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99 e Alteracoes,prorrogado ate
30/09/2019.
Pedido: 49959
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario :
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: 0,14

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/01/2020
ASS. *[assinatura]*
[assinatura]

MERCADORIA AVARIADA E/OU

FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE

FOREM RELACIONADAS NO

CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.

**URGENTE
PERECÍVEL**

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020

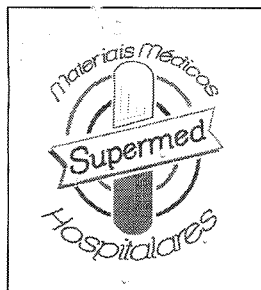
Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Tipo de 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 49948
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0499 4810 0122 7273

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
135200014715909 07/01/2020 19:20:23

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
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	0,8400	84,00	84,00	15,12		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 3743M4 (4) 09/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3743M4, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	400	5102	CX	4	5,8200	23,28	23,28	2,79		12,00	
22209	LANCETA MEDISAFE SOLO 23G ROSA C/20- 0-TKL LT 248F314J4 (2) 06/2024 (Forneco- dor: 992, Lote: 248F314J4, Qtde: 2 ,Data Fab: 22/08/2019, Data Val: 01/06/2024)	90183999	200	5102	CX	2	31,4100	62,82	62,82	11,31		18,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0400 (6) 05/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSSLAA0400, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/0- 6/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183119	200	5102	CX	6	19,1500	114,90	114,90	13,79		12,00	
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	6,2100	12,42	12,42	2,24		18,00	
4345	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL N.14 C/1- 0-MARK MED LT 14313 (10) 10/2023 (Forneco- dor: 164, Lote: 14313, Qtde: 10 ,Data Fab: 11/11/2019, Data Val: 31/10/2023)	90183929	000	5102	PCT	10	6,6100	66,10	66,10	11,90		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310023C (1) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310023C, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/1- 2/2019, Data Val: 09/12/2024)	48191000	000	5102	CX	1	57,2300	57,23	57,23	10,30		18,00	
5827	CATETER IV 22G 25MM C/50-SAFELET NIPRO REF. CI+2225 LT 19E22B (1) 04/2024 (Forneco- dor: 1752, Lote: 19E22B, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183924	000	5102	CX	1	37,5200	37,52	37,52	6,74		18,00	

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196. - Hospital Estadual

'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.720,02
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.533,80
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	2.860,51
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.477,07
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.683,02
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.701,52
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.477,07
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.655,98
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.667,58
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.477,07
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	1.738,54
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.510,57
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	132,31
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.720,02
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.477,07
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.477,07
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	58,31
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SAN	379.629.418-98	1.287,35
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.303,30
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.701,52
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	393.118.558-39	2.475,09
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.477,07
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.837,70
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FER	427.001.668-09	1.477,07
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.683,02
2142	LUIS FERNANDO BETONI	375.492.158-47	2.572,33
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.477,07
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.334,12
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	396.213.588-09	2.525,94
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.477,07
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	84,53
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.720,02
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.400,89
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.462,85
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.542,46
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.701,52
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.661,41
2159	SONIA MARIA RIZZO	101.480.718-21	1.477,07
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	3.823,39
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.477,08
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	259.873.048-81	69,06
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	408.930.248-05	2.579,31
Empregados: 42 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa:			71.995,77

MIRANDOPOLIS, 04/02/2020

Responsável:

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Nome:	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
Função:	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	170,11 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P							
1 Proventos:	1.890,13	Descontos:	170,11	Informativa:	151,21	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.720,02
1 Base INSS:	1.890,13	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.890,13	Valor FGTS:	151,21	Base IRRF:	1.530,43

Nome:	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
Função:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	28,00	2.378,52 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	242,32 D			
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,18	0,18 P	812	INSS FERIAS	11,00	31,24 D			
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,54	0,54 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00	57,40 D			
805 MEDIA VALOR FERIAS	1,09	1,09 P	998	I.N.S.S.	9,00	258,27 D			
806 MEDIA HORAS FERIAS	28,73	28,73 P	942	IRRF FERIAS	15,00	10,47 D			
807 VANTAGENS FERIAS	13,31	13,31 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	20,26 D			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	71,01 P							
8783 DIAS FERIAS	2,00	169,89 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	193,95 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54 P							
2 Proventos:	3.153,76	Descontos:	619,96	Informativa:	252,29	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.533,80
1 Base INSS:	3.153,76	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.153,76	Valor FGTS:	252,29	Base IRRF:	2.174,16

IAS DE 04/12/2019 - 02/01/2020

Nome:	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
Função:	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	364,34 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	87,38 D			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	556,02 P							
0 Proventos:	3.312,23	Descontos:	451,72	Informativa:	264,97	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.860,51
0 Base INSS:	3.312,23	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.312,23	Valor FGTS:	264,97	Base IRRF:	2.947,89

Nome:	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
Função:	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	128,44 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
2 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
2 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.097,89

Nome:	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
Função:	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	166,45 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P							
0 Proventos:	1.849,47	Descontos:	166,45	Informativa:	147,95	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.683,02
0 Base INSS:	1.849,47	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.849,47	Valor FGTS:	147,95	Base IRRF:	1.683,02

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

PJ: 45.349.461/0008-89
Culo: Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	014.000.604-43	PIS:	160.99087.56-8
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	23/07/2018	CTPS/Série:	29379/00026
Emprego:	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	168,28 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P							
3 Proventos:	1.869,80	Descontos:	168,28	Informativa:	149,58	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.701,52
0 Base INSS:	1.869,80	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.869,80	Valor FGTS:	149,58	Base IRRF:	1.132,75

Empregado:	2336 BIANCA CAETANO COSTA	Situação:	Trabalhando	CPF:	301.663.768-50	PIS:	128.98626.17-3
Emprego:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	17/01/2018	CTPS/Série:	47168/00315
Emprego:	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	248,05 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	31,09 D			
1 Proventos:	2.756,21	Descontos:	279,14	Informativa:	220,49	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.477,07
1 Base INSS:	2.756,21	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.756,21	Valor FGTS:	220,49	Base IRRF:	2.318,57

Empregado:	2977 BRUNA BERALDO FERRANTE	Situação:	Trabalhando	CPF:	368.501.738-12	PIS:	209.83236.77-6
Emprego:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista prazo determinado	Adm:	20/12/2019	CTPS/Série:	072644/00315
Emprego:	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	335,80 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	60,97 D			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54 P							
0 Proventos:	3.052,75	Descontos:	396,77	Informativa:	244,22	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.655,98
0 Base INSS:	3.052,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.052,75	Valor FGTS:	244,22	Base IRRF:	2.716,95

Empregado:	2145 CAMILA DONATO INNOCENCIO	Situação:	Doença	CPF:	395.692.218-28	PIS:	207.73635.06-2
Emprego:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	08158/00315
Emprego:	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	2.756,21 D			
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	207,80 P							
0 Proventos:	2.756,21	Descontos:	2.756,21	Informativa:	0	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
0 Base INSS:	0,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	0,00	Valor FGTS:	0,00	Base IRRF:	0,00

Período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2020

Empregado:	2125 CATIA FERNANDA FERRAZ	Situação:	Trabalhando	CPF:	377.077.858-86	PIS:	129.80319.17-3
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	035412/00370
Emprego:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	3,00	139,77 P	998	I.N.S.S.	9,00	164,92 D			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	17,00	792,04 P							
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	10,00	465,90 P							
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	145,67 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	20,78 P							
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	117,75 P							
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	69,27 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P							
1 Proventos:	1.832,50	Descontos:	164,92	Informativa:	146,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.667,58
1 Base INSS:	1.832,50	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.832,50	Valor FGTS:	146,60	Base IRRF:	1.477,99

Período igual ou inferior a 15 dias: 27/12/2019 a 10/01/2020

Período maternidade: 14/01/2020 a 12/05/2020

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2752 CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	Situação:	Trabalhando	CPF:	295.136.688-43	PIS:	128.09298.18-3
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	22/03/2019	CTPS/Série:	85740/00154
Emprego:	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	128,44 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
1 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
0 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.287,48

Empregado:	2772 DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	218.471.208-65	PIS:	125.02011.74-6
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	03/05/2019	CTPS/Série:	039726/00154
Emprego:	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	171,94 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,96 P							
0 Proventos:	1.910,48	Descontos:	171,94	Informativa:	152,83	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.738,54
0 Base INSS:	1.910,48	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.910,48	Valor FGTS:	152,83	Base IRRF:	1.738,54

Empregado:	2126 DEBORA CRISTINA LOCHE	Situação:	Trabalhando	CPF:	385.855.778-19	PIS:	203.38786.55-9
Emprego:	300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	30972/00315
Emprego:	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	131,35 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63 P							
0 Proventos:	1.641,92	Descontos:	131,35	Informativa:	131,35	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.510,57
0 Base INSS:	1.641,92	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.641,92	Valor FGTS:	131,35	Base IRRF:	1.510,57

Empregado:	2132 DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE S	Situação:	Trabalhando	CPF:	322.986.678-96	PIS:	204.40341.55-2
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	87044/00240
Emprego:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	1,00	46,59 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.164,98 D			
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,64	2,64 P	812	INSS FERIAS	9,00	214,11 D			
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,92	7,92 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00	1,46 D			
805 MEDIA VALOR FERIAS	15,79	15,79 P	998	I.N.S.S.	8,00	11,63 D			
806 MEDIA HORAS FERIAS	224,46	224,46 P							
807 VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95 P							
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	594,77 P							
8783 DIAS FERIAS	29,00	1.351,12 P							
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,93 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P							
2 Proventos:	2.524,49	Descontos:	2.392,18	Informativa:	201,95	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	132,31
1 Base INSS:	2.524,49	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.524,49	Valor FGTS:	201,95	Base IRRF:	0,00

IAS DE 03/01/2020 - 01/02/2020

Empregado:	2134 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Situação:	Trabalhando	CPF:	108.823.788-64	PIS:	124.85513.93-9
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	33522/00115
Emprego:	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	170,11 D			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P							
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P							
0 Proventos:	1.890,13	Descontos:	170,11	Informativa:	151,21	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.720,02
0 Base INSS:	1.890,13	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.890,13	Valor FGTS:	151,21	Base IRRF:	1.720,02

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Nome:	2135 EDILENE MANOEL	Situação:	Trabalhando	CPF:	291.914.308-52	PIS:	209.15153.56-9
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	11009/00240
Matrícula:	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	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				

1 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
1 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.287,48

Nome:	2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	Situação:	Trabalhando	CPF:	095.608.758-25	PIS:	126.22542.14-5
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	040637/00115
Matrícula:	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	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				

0 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
0 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.477,07

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

8781 DIAS NORMAIS	1,00	46,59 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.902,57 D
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,64	2,64 P	812	INSS FERIAS	9,00	188,16 D
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,92	7,92 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00	0,65 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	15,79	15,79 P	998	I.N.S.S.	8,00	5,12 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	8,19	8,19 P				
807 VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95 P				
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	522,68 P				
8783 DIAS FERIAS	29,00	1.351,12 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,93 P				

2 Proventos:	2.154,81	Descontos:	2.096,50	Informativa:	172,37	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	58,31
2 Base INSS:	2.154,81	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.154,81	Valor FGTS:	172,37	Base IRRF:	0,00

IAS DE 03/01/2020 - 01/02/2020

Nome:	2127 ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	Situação:	Trabalhando	CPF:	379.629.418-98	PIS:	207.86720.36-5
Função:	300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	43592/00315
Matrícula:	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	111,94 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				

0 Proventos:	1.399,29	Descontos:	111,94	Informativa:	111,94	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.287,35
0 Base INSS:	1.399,29	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.399,29	Valor FGTS:	111,94	Base IRRF:	1.287,35

Nome:	2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA	Situação:	Trabalhando	CPF:	095.493.888-75	PIS:	169.20547.00-8
Função:	300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	21909/00115
Matrícula:	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	113,32 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P				

0 Proventos:	1.416,62	Descontos:	113,32	Informativa:	113,32	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.303,30
0 Base INSS:	1.416,62	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.416,62	Valor FGTS:	113,32	Base IRRF:	1.303,30

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 01/2020

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UG: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2139 JOSE LOPES DE OLIVEIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	061.725.928-31	PIS:	122.35412.21-3
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	40474/00048
Emprego:	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	168,28 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

2 Proventos:	1.869,80	Descontos:	168,28	Informativa:	149,58	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.701,52
1 Base INSS:	1.869,80	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.869,80	Valor FGTS:	149,58	Base IRRF:	1.322,34

Empregado:	2428 JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	393.118.558-39	PIS:	206.75977.19-8
Emprego:	11 FISIOTERAPEUTA	Vínculo:	Celetista	Adm:	12/06/2018	CTPS/Série:	025949/00370
Emprego:	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	249,36 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	46,30 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	2,14	14,54 P				

0 Proventos:	2.770,75	Descontos:	295,66	Informativa:	221,66	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.475,09
0 Base INSS:	2.770,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.770,75	Valor FGTS:	221,66	Base IRRF:	2.521,39

Empregado:	2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	Situação:	Trabalhando	CPF:	389.267.668-29	PIS:	164.11866.81-4
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	64640/00315
Emprego:	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	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				

0 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
0 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.477,07

Empregado:	2771 LAIS MARANI SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	354.059.608-96	PIS:	129.46882.17-0
Emprego:	60 FARMACEUTICO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	03/05/2019	CTPS/Série:	31047/00315
Emprego:	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	358,18 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	60,33 D
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P				

1 Proventos:	3.256,21	Descontos:	418,51	Informativa:	260,49	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.837,70
1 Base INSS:	3.256,21	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.256,21	Valor FGTS:	260,49	Base IRRF:	2.708,44

Empregado:	2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	Situação:	Trabalhando	CPF:	427.001.668-09	PIS:	204.92505.78-5
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	018787/00397
Emprego:	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	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				

0 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
0 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.477,07

Empregado:	2148 LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	Situação:	Trabalhando	CPF:	400.061.728-14	PIS:	163.67215.87-6
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	48389/00315
Emprego:	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	166,45 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

0 Proventos:	1.849,47	Descontos:	166,45	Informativa:	147,95	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.683,02
0 Base INSS:	1.849,47	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.849,47	Valor FGTS:	147,95	Base IRRF:	1.683,02

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2142 LUIS FERNANDO BETONI	Situação:	Trabalhando	CPF:	375.492.158-47	PIS:	204.92499.89-0
Função:	11 FISIOTERAPEUTA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	54335/00315
Matrícula:	900	Departamento:	600	Filial:	1	Salário:	2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,00	259,76 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	54,19 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	19,14	130,07 P			

0 Proventos:	2.886,28	Descontos:	313,95	Informativa:	230,90	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.572,33
0 Base INSS:	2.886,28	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.886,28	Valor FGTS:	230,90	Base IRRF:	2.626,52

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,00	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			

0 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
0 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.477,07

Empregado:	2129 MARCIA MAIARA POSSENTI	Situação:	Trabalhando	CPF:	382.523.438-05	PIS:	204.89256.27-3
Função:	8 AUX. ADMINIST.	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	066232/00315
Matrícula:	900	Departamento:	800	Filial:	1	Salário:	1.242,33

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	998 I.N.S.S.	8,00	116,01 D
318 ADIANTAMENTO	200,00	200,00 P	309 DESCONTO ADIANTAMENTO	200,00	200,00 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			

0 Proventos:	1.650,13	Descontos:	316,01	Informativa:	116,01	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.334,12
0 Base INSS:	1.450,13	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.450,13	Valor FGTS:	116,01	Base IRRF:	1.334,12

Empregado:	2141 NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	Situação:	Trabalhando	CPF:	396.213.588-09	PIS:	236.44631.30-8
Função:	11 FISIOTERAPEUTA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	59375/00315
Matrícula:	900	Departamento:	600	Filial:	1	Salário:	2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,00	254,80 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	50,43 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	11,03	74,96 P			

0 Proventos:	2.831,17	Descontos:	305,23	Informativa:	226,49	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.525,94
0 Base INSS:	2.831,17	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.831,17	Valor FGTS:	226,49	Base IRRF:	2.576,37

Empregado:	2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	434.914.478-10	PIS:	204.97661.73-4
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	25/01/2019	CTPS/Série:	097817/00439
Matrícula:	900	Departamento:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,00	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			

0 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,07
0 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51	Valor FGTS:	128,44	Base IRRF:	1.477,07

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado: 2154 NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A)
Nº: 900
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600
CPF: 394.946.148-52
Adm: 04/10/2017
Filial: 1
PIS: 203.20306.87-3
CTPS/Série: 072068/00400
Salário: 2.548,41

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	29,00	2.463,46 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00	2.664,33 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	1,00	84,95 P	998 I.N.S.S.	8,00	7,35 D
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	200,87 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,93 P			

0 Proventos:	2.756,21	Descontos:	2.671,68	Informativa:	7,35	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	84,53
0 Base INSS:	91,88	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	91,88	Valor FGTS:	7,35	Base IRRF:	84,53

Período superior a 15 dias: 18/12/2019 a 15/02/2020

Empregado: 2871 NILZA PEREIRA GARCIA
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A)
Nº: 900
Situação: Demitido
Vínculo: Celetista Contrato Intermitente
Depto: 600
CPF: 248.399.098-30
Adm: 11/12/2019
Filial: 1
PIS: 125.26345.98-9
CTPS/Série: 043623/154
Salário: 11,59

8130 ESTOURO RESCISAO	0,00	38,10 P	842 MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	11,00	38,10 D
-----------------------	------	---------	-------------------------------------	-------	---------

0 Proventos:	38,10	Descontos:	38,10	Informativa:	0	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	0,00
0 Base INSS:	0,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	0,00	Valor FGTS:	0,00	Base IRRF:	0,00

Rescisão em 13/01/2020 - MOTIVO 4-Pedido de demissão SEM justa causa

Empregado: 2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM
Nº: 900
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600
CPF: 285.280.548-02
Adm: 04/10/2017
Filial: 1
PIS: 190.47976.86-2
CTPS/Série: 47160/00315
Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	9,00	170,11 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P			

0 Proventos:	1.890,13	Descontos:	170,11	Informativa:	151,21	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.720,02
0 Base INSS:	1.890,13	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.890,13	Valor FGTS:	151,21	Base IRRF:	1.720,02

Empregado: 2164 PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM
Nº: 900
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600
CPF: 305.075.078-27
Adm: 04/10/2017
Filial: 1
PIS: 236.45761.69-8
CTPS/Série: 59107/00240
Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	65,23 D
8112 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,09	0,09 P	812 INSS FERIAS	9,00	6,45 D
8192 DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,28	0,28 P	998 I.N.S.S.	8,00	124,18 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	0,47	0,47 P	991 ESTOURO MES ANTERIOR	28,00	28,00 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	0,05	0,05 P			
807 VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	17,92 P			
8783 DIAS FERIAS	1,00	46,59 P			
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,71 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	200,87 P			

1 Proventos:	1.624,75	Descontos:	223,86	Informativa:	129,91	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.400,89
1 Base INSS:	1.624,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.624,04	Valor FGTS:	129,91	Base IRRF:	1.238,93

Período superior a 15 dias: 03/12/2019 - 01/01/2020

Empregado: 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A)
Nº: 900
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600
CPF: 298.440.178-66
Adm: 04/10/2017
Filial: 1
PIS: 127.24425.16-4
CTPS/Série: 48657/00240
Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,00	248,05 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	45,31 D

0 Proventos:	2.756,21	Descontos:	293,36	Informativa:	220,49	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.462,85
0 Base INSS:	2.756,21	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.756,21	Valor FGTS:	220,49	Base IRRF:	2.508,16

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2128 REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUS	Situação:	Trabalhando	CPF:	259.782.788-73	PIS:	126.82653.15-6
Emprego:	300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	30950/00240
	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	134,12 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	277,29 P			
1 Proventos:	1.676,58	Descontos:	134,12	Informativa:	134,12
1 Base INSS:	1.676,58	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.676,58
				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	134,12
				Líquido:	1.542,46
				Base IRRF:	1.352,87

Empregado:	2157 RICARDO DE CARVALHO	Situação:	Trabalhando	CPF:	281.686.478-23	PIS:	125.51156.27-2
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	69805/00154
	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	168,28 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P			
0 Proventos:	1.869,80	Descontos:	168,28	Informativa:	149,58
0 Base INSS:	1.869,80	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.869,80
				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	149,58
				Líquido:	1.701,52
				Base IRRF:	1.701,52

Empregado:	2839 SONIA DOS SANTOS ROCHA	Situação:	Trabalhando	CPF:	304.418.188-70	PIS:	116.26217.35-6
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	17/09/2019	CTPS/Série:	54411/00240
	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.343,95

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95 P	998 I.N.S.S.	8,00	144,47 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13 P			
0 Proventos:	1.805,88	Descontos:	144,47	Informativa:	144,47
0 Base INSS:	1.805,88	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.805,88
				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	144,47
				Líquido:	1.661,41
				Base IRRF:	1.661,41

Empregado:	2159 SONIA MARIA RIZZO	Situação:	Trabalhando	CPF:	101.480.718-21	PIS:	120.98824.43-4
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	11282/00048
	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	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P			
0 Proventos:	1.605,51	Descontos:	128,44	Informativa:	128,44
0 Base INSS:	1.605,51	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.605,51
				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	128,44
				Líquido:	1.477,07
				Base IRRF:	1.477,07

PJ: 45.349.461/0008-89
Culo: Folha Mensal
npetência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

pregados

EXTRATO MENSAL

gr.: 2815 TANIA MARA BARRETO Situação: Demitido CPF: 648.129.879-20 PIS: 121.37609.31-4
jo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 05/07/2019 CTPS/Série: 69585/022
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

9180 SALDO DE SALARIO DIAS	21,00	978,40 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	4.123,77 D
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	1,00	116,48 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	9,00	245,64 D
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	1,00	17,32 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	8,00	21,40 D
803 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	116,48 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	33,28 D
8154 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,32 P				
29 FERIAS PROPORCIONAIS	7,00	815,33 P				
811 FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	116,48 P				
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	7,00	121,22 P				
8126 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	44,60 P				
8158 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,31 P				
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	312,18 P				
22 AVISO PREVIO	30,00	1.397,71 P				
8146 VANTAGENS AVISO PREVIO	30,00	207,80 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	145,46 P				

0 Proventos: 4.424,09 Descontos: 4.424,09 Informativa: 579,13 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
0 Base INSS: 2.996,97 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.996,97 Valor FGTS: 579,13 Base IRRF: 1.124,42

ITITIDO EM 21/01/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

gr.: 33 THAIS BOARETO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 329.168.118-50 PIS: 134.51447.81-8
jo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Vínculo: Celetista Adm: 15/09/2014 CTPS/Série: 22778/315
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.886,86

294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	11,00	508,29 D
8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	289,21 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	0,32	2,05 P				
27 ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P				

0 Proventos: 4.620,89 Descontos: 797,50 Informativa: 369,67 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 3.823,39
0 Base INSS: 4.620,89 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.620,89 Valor FGTS: 369,67 Base IRRF: 4.112,60

gr.: 2799 VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ Situação: Trabalhando CPF: 298.834.288-12 PIS: 190.08698.55-5
jo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 11/06/2019 CTPS/Série: 67332/00240
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,72

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998	I.N.S.S.	8,00	128,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P				

2 Proventos: 1.605,52 Descontos: 128,44 Informativa: 128,44 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,08
1 Base INSS: 1.605,52 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.605,52 Valor FGTS: 128,44 Base IRRF: 1.097,90

gr.: 2140 VIVIANE LIE YOKOYAMA Situação: Férias CPF: 259.873.048-81 PIS: 125.93226.14-7
jo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 81158/00154
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	19,40	19,40 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	3.671,38 D
8190 DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00 P	812	INSS FERIAS	11,00	478,11 D
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	8,20	8,20 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00	2,34 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	500,00	500,00 P	998	I.N.S.S.	8,00	6,20 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	11,87	11,87 P	942	IRRF FERIAS	15,00	197,02 D
807 VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60 P				
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	1.086,63 P				
8783 DIAS FERIAS	30,00	2.548,41 P				

1 Proventos: 4.424,11 Descontos: 4.355,05 Informativa: 353,92 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 69,06
1 Base INSS: 4.424,11 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.424,11 Valor FGTS: 353,92 Base IRRF: 0,00

IAS DE 02/01/2020 - 31/01/2020

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Maracá
Tipo de Despesa: Cust.

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020

Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Nome:	2421 WILLIAN SOUZA SALADINI	Situação:	Trabalhando	CPF:	408.930.248-05	PIS:	158.61320.19-9
Função:	11 FISIOTERAPEUTA	Vínculo:	Celetista	Adm:	02/05/2018	CTPS/Série:	030224/00370
Idade:	900	Dependente:	600	Filial:	1	Salário:	2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,00	260,51 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	54,75 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	20,36	138,36 P			

0 Proventos:	2.894,57	Descontos:	315,26	Informativa:	231,56	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.579,31
0 Base INSS:	2.894,57	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.894,57	Valor FGTS:	231,56	Base IRRF:	2.634,06

Total Geral Proventos:	99.361,04	Total Geral Descontos:	27.365,27
		Líquido Geral:	71.995,77

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	820,00	7.847,92 P	51 LIQUIDO RESCISAO	0,00	4.123,77 D
22 AVISO PREVIO	30,00	1.397,71 P	309 DESCONTO ADIANTAMENTO	200,00	200,00 D
27 ADICIONAL RT	1.561,58	1.561,58 P	812 INSS FERIAS	49,00	918,07 D
29 FERIAS PROPORCIONAIS	7,00	815,33 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	40,00	61,85 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	826 INSS SOBRE RESCISAO	9,00	245,64 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.676,99	4.902,71 P	828 IRRF SOBRE RESCISAO	7,50	33,28 D
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	842 MULTA ESTABILIDADE Art. 480/CLT	11,00	38,10 D
318 ADIANTAMENTO	200,00	200,00 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	8.046,48 D
803 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	116,48 P	942 IRRF FERIAS	30,00	207,49 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	533,14	533,14 P	989 INSS 13 SAL.RESCISAO	8,00	21,40 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	273,30	273,30 P	991 ESTOURO MES ANTERIOR	28,00	28,00 D
807 VANTAGENS FERIAS	605,46	605,46 P	998 I.N.S.S.	365,00	7.220,43 D
811 FERIAS 1/12 INDENIZADO	1,00	116,48 P	999 IMPOSTO DE RENDA	105,00	800,22 D
817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL	7,00	121,22 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	59,00	5.420,54 D
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,71 P			
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	145,67 P			
931 1/3 DAS FERIAS	166,65	2.293,01 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	117,75 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	40,00	408,67 P			
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	24,95	24,95 P			
8126 1/3 FERIAS INDENIZADAS RESC	33,33	44,60 P			
8130 ESTOURO RESCISAO	0,00	38,10 P			
8146 VANTAGENS AVISO PREVIO	30,00	207,80 P			
8154 VANTAGENS 13o 1/12 INDENIZADO	1,00	17,32 P			
8158 VANTAGENS FERIAS 1/12 INDENIZA	1,00	17,31 P			
8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	312,18 P			
8190 DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00 P			
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	24,86	24,86 P			
8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	1,00	116,48 P			
8553 VANTAGENS 13o RESCISAO	1,00	17,32 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.112,00	63.693,89 P			
8783 DIAS FERIAS	91,00	5.467,13 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	17,00	792,04 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	59,00	5.011,87 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	11,00	550,85 P			
9180 SALDO DE SALARIO DIAS	21,00	978,40 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	40,00	76,20 P			

Líquido Geral: 71.995,77

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

CNPJ: 45.349.461/0008-89
Título: Folha Mensal
Competência: 01/2020

Emissão: 03/02/2020
Horas: 16:13:12

Empregados

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	45	Salário contribuição empregados:	92.274,57	Base IRRF Mensal:	69.241,83
Número de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	833,50
Trabalhando:	41	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	7.399,51
Estado direitos integrais:	0	Base total:	92.274,57	Valor IRRF Férias:	207,49
Estado acidente de trabalho:	0	Segurados:	8.466,68	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Estado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Período maternidade:	0	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Período maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Idade:	1	Sub-Total:	8.466,68	Base IRRF 13º Salário:	246,20
Idade Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Idade sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	1.055,46	Valor Total do IRRF:	1.040,99
Idade:	2	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Idade transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Idade:	1	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	89.277,60
Idade sindical:	0	Total:	7.411,22	Valor do FGTS:	7.142,04
Idade sentadaria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Idade ic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	7.411,22	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Idade ência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	2.996,97
Idade ros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	579,13
Idade isões:	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:	71.995,77



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.720,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e vinte 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,11
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.890,13	170,11
			Valor Líquido ➡	1.720,02

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.890,13	1.890,13	151,21	1.530,43	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,11
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.890,13	170,11
			Valor Líquido ➡	1.720,02

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.890,13	1.890,13	151,21	1.530,43	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.533,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e trinta e três reais e oitenta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Janeiro de 2020

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
3781	DIAS NORMAIS	28,00	2.378,52	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,18	0,18	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,54	0,54	
805	MEDIA VALOR FERIAS	1,09	1,09	
806	MEDIA HORAS FERIAS	28,73	28,73	
807	VANTAGENS FERIAS	13,31	13,31	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	71,01	
3783	DIAS FERIAS	2,00	169,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	193,95	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		242,32
812	INSS FERIAS	11,00		31,24
821	INSS DIFERENÇA FERIAS	11,00		57,40
998	I.N.S.S.	9,00		258,27
942	IRRF FERIAS	15,00		10,47
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		20,26

		Total de Vencimentos	Total de Descontos
		3.153,76	619,96
BANCO DO BRASIL 1		Valor Líquido	2.533,80
Conta corrente: 198732-1			

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.153,76	3.153,76	252,29	2.149,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Janeiro de 2020

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
3781	DIAS NORMAIS	28,00	2.378,52	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,18	0,18	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,54	0,54	
805	MEDIA VALOR FERIAS	1,09	1,09	
806	MEDIA HORAS FERIAS	28,73	28,73	
807	VANTAGENS FERIAS	13,31	13,31	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	71,01	
3783	DIAS FERIAS	2,00	169,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	193,95	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		242,32
812	INSS FERIAS	11,00		31,24
821	INSS DIFERENÇA FERIAS	11,00		57,40
998	I.N.S.S.	9,00		258,27
942	IRRF FERIAS	15,00		10,47
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		20,26

		Total de Vencimentos	Total de Descontos
		3.153,76	619,96
BANCO DO BRASIL 1		Valor Líquido	2.533,80
Conta corrente: 198732-1			

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.153,76	3.153,76	252,29	2.149,60	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.860,51 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e oitocentos e sessenta reais e cinquenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	556,02	
998	I.N.S.S.	11,00		364,34
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		87,38
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.312,23	451,72
			Valor Líquido →	2.860,51
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19432-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	3.312,23	3.312,23	264,97	2.947,89
				Faixa IRRF
				15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	556,02	
998	I.N.S.S.	11,00		364,34
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		87,38
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.312,23	451,72
			Valor Líquido →	2.860,51
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19432-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	3.312,23	3.312,23	264,97	2.947,89
				Faixa IRRF
				15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.097,89	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.097,89	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.683,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 oitenta e três 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	166,45
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.849,47	166,45
			Valor Líquido ➡	1.683,02
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19476-x				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.849,47	1.849,47	147,95	1.683,02
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	166,45
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.849,47	166,45
			Valor Líquido ➡	1.683,02
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.849,47	1.849,47	147,95	1.683,02
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.701,52 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 e um reais e cinquenta 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTIMIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos				
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	168,28				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29					
998	I.N.S.S.	9,00						
			Total de Vencimentos	Total de Descontos				
			1.869,80	168,28				
			Valor Líquido ➡	1.701,52				
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 20148-0			1.397,71	1.869,80	1.869,80	149,58	1.132,75	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 20148-0

Agência: 448 - 0

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	168,28
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.869,80	168,28
			Valor Líquido ➡	1.701,52
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 20148-0		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.869,80	1.869,80	149,58	1.132,75
				Faixa IRRF
				0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 20148-0

Agência: 448 - 0

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 06 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quatrocentos e setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTIMIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	9,00		248,05
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.756,21	279,14
			Valor Líquido →	2.477,07
SALÁRIO DO BRASIL 1		Base Cálculo FGTS	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
Conta: 111247-3		2.756,21	2.318,57	7,50
Agência: 448 - 0		F.G.T.S do Mês		
		220,49		

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	9,00		248,05
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.756,21	279,14
			Valor Líquido →	2.477,07
SALÁRIO DO BRASIL 1		Base Cálculo FGTS	Base Cálculo IRRF	Faixa IRRF
Conta: 111247-3		2.756,21	2.318,57	7,50
Agência: 448 - 0		F.G.T.S do Mês		
		220,49		

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.655,98 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a BRUNA BERALDO FERRANTE, na conta 88.948, agência 0295 do banco 001.

(Dois mil e seiscentos e cinquenta e cinco 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTIMIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	20/12/2019	

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54	
998	I.N.S.S.	11,00		335,80
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		60,97
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.052,75	396,77
			Valor Líquido ➡	2.655,98
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 0295 - X		
Conta salário: 88948-2				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF
2.548,41	3.052,75	3.052,75	244,22	2.716,95
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505	600	1
		Admissão:	20/12/2019	

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	64,00	296,54	
998	I.N.S.S.	11,00		335,80
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		60,97
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.052,75	396,77
			Valor Líquido ➡	2.655,98
BANCO DO BRASIL 1				
Conta salário: 88948-2				

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.667,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 sessenta e sete 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	3,00	139,77	164,92
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	17,00	792,04	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	465,90	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	145,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	20,78	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	117,75	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,27	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.832,50	164,92
			Valor Líquido ➡	1.667,58
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19425-5			Agência: 448 - 0	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.832,50	1.832,50	146,60	1.477,99
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	3,00	139,77	164,92
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	17,00	792,04	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	465,90	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	145,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	20,78	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	117,75	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,27	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.832,50	164,92
			Valor Líquido ➡	1.667,58
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19425-5			Agência: 448 - 0	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.832,50	1.832,50	146,60	1.477,99
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTIMIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido →	1.477,07
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.605,51
			Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.605,51	128,44
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.287,48	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 20619-9

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido →	1.477,07
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.605,51
			Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.605,51	128,44
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.287,48	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 20619-9

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.738,54 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e trinta e oito reais e cinquenta e quatro centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,96	
998	I.N.S.S.	9,00		171,94
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.910,48	171,94
			Valor Líquido →	1.738,54
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta: 20671-7				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,72	1.910,48	1.910,48	152,83	1.738,54
				Faixa IRRF
				0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,96	
998	I.N.S.S.	9,00		171,94
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.910,48	171,94
			Valor Líquido →	1.738,54
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta: 20671-7				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,72	1.910,48	1.910,48	152,83	1.738,54
				Faixa IRRF
				0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.510,57 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 dez reais e cinquenta 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	131,35
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.641,92	131,35
			Valor Líquido ➡	1.510,57
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19413-1				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.641,92	1.641,92	131,35	Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	131,35
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.641,92	131,35
			Valor Líquido ➡	1.510,57
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19413-1				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.191,49	1.641,92	1.641,92	131,35	1.510,57
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 132,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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.

(Cento e trinta e dois reais e trinta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Janeiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,64	2,64	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,92	7,92	
805	MEDIA VALOR FERIAS	15,79	15,79	
806	MEDIA HORAS FERIAS	224,46	224,46	
807	VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	594,77	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,93	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.164,98
812	INSS FERIAS	9,00		214,11
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		1,46
998	I.N.S.S.	8,00		11,63
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.524,49	2.392,18
			Valor Líquido ➡	132,31

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.524,49	2.524,49	201,95	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Janeiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,64	2,64	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,92	7,92	
805	MEDIA VALOR FERIAS	15,79	15,79	
806	MEDIA HORAS FERIAS	224,46	224,46	
807	VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	594,77	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,93	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.164,98
812	INSS FERIAS	9,00		214,11
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		1,46
998	I.N.S.S.	8,00		11,63
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.524,49	2.392,18
			Valor Líquido ➡	132,31

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.524,49	2.524,49	201,95	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.720,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 vinte 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	170,11
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.890,13	170,11
			Valor Líquido ➡	1.720,02
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 14727-3				

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	170,11	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	9,00			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.890,13	170,11	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.720,02	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.890,13	1.890,13	151,21	1.720,02	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196. - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19434-4				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.287,48
				Faixa IRRF
				0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19434-4		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.287,48
				Faixa IRRF
				0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 07 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

ANCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 108275-2		1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

ANCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 108275-2		1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 58,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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.

(Cinqüenta e oito reais e trinta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,64	2,64	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,92	7,92	
805	MEDIA VALOR FERIAS	15,79	15,79	
806	MEDIA HORAS FERIAS	8,19	8,19	
807	VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	522,68	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,93	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.902,57
812	INSS FERIAS	9,00		188,16
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		0,65
998	I.N.S.S.	8,00		5,12
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.154,81	2.096,50
			Valor Líquido ➡	58,31

ANCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19478-6		1.397,71	2.154,81	2.154,81	172,37	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	2,64	2,64	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	7,92	7,92	
805	MEDIA VALOR FERIAS	15,79	15,79	
806	MEDIA HORAS FERIAS	8,19	8,19	
807	VANTAGENS FERIAS	192,95	192,95	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	522,68	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,93	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.902,57
812	INSS FERIAS	9,00		188,16
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		0,65
998	I.N.S.S.	8,00		5,12
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.154,81	2.096,50
			Valor Líquido ➡	58,31

ANCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19478-6		1.397,71	2.154,81	2.154,81	172,37	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.287,35 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e duzentos e oitenta e sete reais e trinta 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		111,94
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.399,29	111,94
			Valor Líquido ➡	1.287,35

BANCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19411-5		1.191,49	1.399,29	1.399,29	111,94	1.287,35	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		111,94
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.399,29	111,94
			Valor Líquido ➡	1.287,35

BANCO DO BRASIL 1	Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19411-5		1.191,49	1.399,29	1.399,29	111,94	1.287,35	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.303,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	8,00		113,32
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.416,62	113,32
			Valor Líquido ➡	1.303,30
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19436-0				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.191,49	1.416,62	1.416,62	113,32	1.303,30
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	8,00		113,32
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.416,62	113,32
			Valor Líquido ➡	1.303,30
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19436-0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.416,62	1.416,62	113,32	1.303,30
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.701,52 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setecentos e um reais e cinquenta 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		168,28

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 107885-2

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	1.869,80	1.869,80	149,58	1.322,34	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		168,28

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 107885-2

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	1.869,80	1.869,80	149,58	1.322,34	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.475,09 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quatrocentos e setenta e cinco reais e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	2,14	14,54	
998	I.N.S.S.	9,00		249,36
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		46,30
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.770,75	295,66
			Valor Líquido ➡	2.475,09
BANCO DO BRASIL 1				
Conta poupança: 25625-0				
Agência: 0273 - 9				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
2.548,41	2.770,75	2.770,75	221,66	2.521,39
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	2,14	14,54	
998	I.N.S.S.	9,00		249,36
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		46,30
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.770,75	295,66
			Valor Líquido ➡	2.475,09
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 0273 - 9		
Conta poupança: 25625-0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
2.548,41	2.770,75	2.770,75	221,66	2.521,39
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19414-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19414-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 20 DE FEVEREIRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.837,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 e sete reais e setenta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	11,00		358,18
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		60,33

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 20679-2

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.256,21	3.256,21	260,49	2.708,44	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	11,00		358,18
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		60,33

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 20679-2

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.256,21	3.256,21	260,49	2.708,44	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19003-9

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19003-9

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.683,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 oitenta e três 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		166,45
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.849,47	166,45
			Valor Líquido	1.683,02

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19412-3

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.849,47	1.849,47	147,95	1.683,02	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		166,45
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.849,47	166,45
			Valor Líquido	1.683,02

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19412-3

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.849,47	1.849,47	147,95	1.683,02	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.572,33 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 quinhentos e setenta e dois reais e trinta 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	19,14	130,07		
998	I.N.S.S.	9,00		259,76	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,19	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.886,28	313,95	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19422-0 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.572,33	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.886,28	2.886,28	230,90	2.626,52	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	19,14	130,07	
998	I.N.S.S.	9,00		259,76
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,19
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.886,28	313,95
			Valor Líquido ➡	2.572,33
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19422-0				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
2.548,41	2.886,28	2.886,28	230,90	2.626,52
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19415-8		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19415-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.334,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 trinta e quatro reais e doze 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	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
			Valor Líquido ➡	1.334,12
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 16147-0			1.242,33	1.450,13
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.450,13	116,01
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.334,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	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
			Valor Líquido ➡	1.334,12
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 16147-0			1.242,33	1.450,13
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.450,13	116,01
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			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 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.525,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 vinte 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 08/03/2020 20:57:50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	11,03	74,96	
998	I.N.S.S.	9,00		254,80
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,43
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.831,17	305,23
			Valor Líquido →	2.525,94
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19417-4 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	2.831,17	2.831,17	226,49	2.576,37
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	11,03	74,96	
998	I.N.S.S.	9,00		254,80
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,43
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.831,17	305,23
			Valor Líquido →	2.525,94
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19417-4 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	2.831,17	2.831,17	226,49	2.576,37
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido →	1.477,07
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.605,51
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.605,51	128,44
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.477,07	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 26458-X

Agência: 373 - 5

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido →	1.477,07
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.605,51
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.605,51	128,44
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.477,07	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 26458-X

Agência: 373 - 5

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 84,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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.

(Oitenta e quatro 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 08/03/2020 20:57:50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	29,00	2.463,46	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	84,95	
3013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	200,87	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,93	
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00		2.664,33
998	I.N.S.S.	8,00		7,35
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.756,21	2.671,68
			Valor Líquido ➡	84,53

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 19553-7					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	91,88	91,88	7,35	84,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	29,00	2.463,46	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	84,95	
3013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	200,87	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,93	
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00		2.664,33
998	I.N.S.S.	8,00		7,35
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.756,21	2.671,68
			Valor Líquido ➡	84,53

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 19553-7					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	91,88	91,88	7,35	84,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.720,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setecentos e vinte 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 08/03/2020 20:57:50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,11
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.890,13	170,11
			Valor Líquido ➡	1.720,02

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.890,13	1.890,13	151,21	1.720,02	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,11
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.890,13	170,11
			Valor Líquido ➡	1.720,02

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.890,13	1.890,13	151,21	1.720,02	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.400,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA MICHELE DE ALMEI, na conta 7.812, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos reais e oitenta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,09	0,09	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,28	0,28	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,47	0,47	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,05	0,05	
807	VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	17,92	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	200,87	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		65,23
812	INSS FERIAS	9,00		6,45
998	I.N.S.S.	8,00		124,18
991	ESTOURO MES ANTERIOR	28,00		28,00
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.624,75	223,86
			Valor Líquido ➡	1.400,89

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.624,04	1.624,04	129,91	1.232,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,09	0,09	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,28	0,28	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,47	0,47	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,05	0,05	
807	VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	17,92	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	200,87	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		65,23
812	INSS FERIAS	9,00		6,45
998	I.N.S.S.	8,00		124,18
991	ESTOURO MES ANTERIOR	28,00		28,00
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.624,75	223,86
			Valor Líquido ➡	1.400,89

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.624,04	1.624,04	129,91	1.232,98	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.462,85 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PRISCILA SANTOS LEITE DE, na conta 19.439, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e quatrocentos e sessenta e dois 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80		
998	I.N.S.S.	9,00		248,05	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,31	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.756,21	293,36	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.462,85	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.756,21	2.756,21	220,49	2.508,16	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80		
998	I.N.S.S.	9,00		248,05	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,31	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.756,21	293,36	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	2.462,85	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.756,21	2.756,21	220,49	2.508,16	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.542,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e quarenta e dois reais e quarenta e seis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	277,29	
998	I.N.S.S.	8,00		134,12
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.676,58	134,12
			Valor Líquido →	1.542,46
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19429-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.676,58	1.676,58	134,12	1.352,87
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	277,29	
998	I.N.S.S.	8,00		134,12
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.676,58	134,12
			Valor Líquido →	1.542,46
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19429-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.676,58	1.676,58	134,12	1.352,87
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.701,52 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 um reais e cinqüenta 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		168,28

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.869,80	168,28
			Valor Líquido ➡	1.701,52

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

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	1.869,80	1.869,80	149,58	1.701,52	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		168,28

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.869,80	168,28
			Valor Líquido ➡	1.701,52

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

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	1.869,80	1.869,80	149,58	1.701,52	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria de Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta e sete reais e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	128,44
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 199303-8	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	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	128,44
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,51	128,44
			Valor Líquido ➡	1.477,07

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 199303-8	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	1.605,51	1.605,51	128,44	1.477,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 3.823,39 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e oitocentos e vinte e três reais e trinta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Janeiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,32	2,05	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	11,00		508,29
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,21

BANCO DO BRASIL 1

Conta poupança: 197087-9

Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,89	4.620,89	369,67	4.112,60	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS

Folha Mensal

Mensalista

Janeiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,32	2,05	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	11,00		508,29
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,21

BANCO DO BRASIL 1

Conta poupança: 197087-9

Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,89	4.620,89	369,67	4.112,60	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 1.477,08 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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 setenta 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 08/03/2020 20:57:50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,52	128,44
			Valor Líquido →	1.477,08
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,72	1.605,52
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.605,52	1.097,90
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			128,44	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19514-6

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
998	I.N.S.S.	8,00		128,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.605,52	128,44
			Valor Líquido →	1.477,08
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,72	1.605,52
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.605,52	1.097,90
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			128,44	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19514-6

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 69,06 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, 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.

(Sessenta e nove 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 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	19,40	19,40	
3190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	8,20	8,20	
805	MEDIA VALOR FERIAS	500,00	500,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	11,87	11,87	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.086,63	
3783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.671,38
812	INSS FERIAS	11,00		478,11
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		2,34
998	I.N.S.S.	8,00		6,20
942	IRRF FERIAS	15,00		197,02
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.424,11	4.355,05
			Valor Líquido ➡	69,06

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 17558-7

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	4.424,11	4.424,11	353,92	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	19,40	19,40	
3190	DIFERENCA MEDIA VALOR FERIAS	50,00	50,00	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	8,20	8,20	
805	MEDIA VALOR FERIAS	500,00	500,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	11,87	11,87	
807	VANTAGENS FERIAS	199,60	199,60	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	1.086,63	
3783	DIAS FERIAS	30,00	2.548,41	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		3.671,38
812	INSS FERIAS	11,00		478,11
821	INSS DIFERENCA FERIAS	11,00		2,34
998	I.N.S.S.	8,00		6,20
942	IRRF FERIAS	15,00		197,02
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			4.424,11	4.355,05
			Valor Líquido ➡	69,06

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 17558-7

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	4.424,11	4.424,11	353,92	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G336081733099066820
08/03/2020 20:57:50

Aviso de lançamento

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

Data 14/02/2020 Valor R\$ 2.579,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 84, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e setenta e nove reais e trinta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:57:50

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	20,36	138,36	
998	I.N.S.S.	9,00		260,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,75

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 87139-7

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.894,57	2.894,57	231,56	2.634,06	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	20,36	138,36	
998	I.N.S.S.	9,00		260,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		54,75

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 87139-7

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.894,57	2.894,57	231,56	2.634,06	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069002900000802007252808581660000302904

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 21.701

DATA DE VENCIMENTO 15/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.029,04

VALOR COBRADO 3.029,04

=====

NR.AUTENTICACAO 1.58B.7BC.716.570.D31

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA****Secretaria Municipal da Fazenda**
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-eNúmero da Nota
43402Data de Emissão
27/01/2020Data e Hora da
Competência
27/01/2020 às 09:05:40Código de Verificação
0475-6878-1739**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

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

Autenticação



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 IE ISENTO
Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
E-mail prestacao@ahbb.org.br; Telefone
Inf. Comp.
Logradouro -AV JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303
Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400
Município LINS UF SP
Complemento País BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtd	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVICOS DE ANALISES CLINICAS	3.227,5400	1,00	0,00	0,00	3.227,54

Valor Total dos Serviços - R\$3.227,54

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERÊNCIA MÊS 01/2020.

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
20,98	96,83		48,41	32,28		
CHDE (R\$)	IOF (R\$)	IPI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.227,54Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOSOperação
Sem Lançamentos de Materiais/EquipamentosDedução de Materiais/Equipamentos
NãoResponsável pelo imposto
Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Local do Serviço

Normal

Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálculo (R\$)	Vlr. Total das Deduções (R\$)	Vlr. Total Retido (R\$)	Vlr. do ISS (R\$)
3,0000	3.227,54	0,00	198,50	96,83

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 3.029,04**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 43402 emitida em 27/01/2020 às 09:05:40 - Cód Verif 0475-6878-1739
Condições de Pagamento: Vencimento: 27/01/2020 Valor Total R\$ 3.227,54 Valor Líquido R\$ 3.029,04

Ass: _____ em ____/____/____

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613738995793347900001526110181660000216950

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

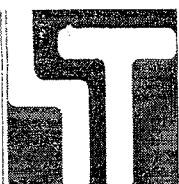
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	21.702
NOSSO NUMERO	6137899579
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	15/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.169,50
VALOR COBRADO	2.169,50

=====

NR.AUTENTICACAO	7.966.D34.4AC.C50.A32
-----------------	-----------------------



Samtronic Industria e Comercio Ltda

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAÍDAN. 000228500
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3520 0158 4266 2800 0133 5500 1000 2285 0011 0019 8216

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
135200040825144 16/01/2020 11:56:22-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIE.

CNPJ
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO
16/01/2020

ENDEREÇO
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
16400-400

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001 15/03/2020 2.169,50	002 16/03/2020 2.169,50								
-------------------------------	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

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 4.339,00	
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 4.339,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL
VELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF
SP

CNPJ/CPF
14.990.752/0001-51

ENDEREÇO
RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO
SAO PAULO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
146964519117

QUANTIDADE
5

ESPECIE
CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
12,150

PESO LÍQUIDO
10,625

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	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	90189099	040	5101	UN	80,0000	16,96000000	1.356,80	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): OUT1990233431800B - Val Idade: 31/10/2022	90189099	040	5101	UN	70,0000	16,96000000	1.187,20	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): OUT1990233431800B - Val Idade: 31/10/2022	90189099	040	5101	UN	100,0000	17,95000000	1.795,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): NOV1990031332000B - Val Idade: 30/11/2022	90189099	040	5101	UN								

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

Endereço Alternativo

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200040825144

PEDIDO DE 14/01/2019, ENDEREÇO DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 303, CENTRO, 16400-400, MIRANDÓPOLIS/SP 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 Endereco de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDÓPOLIS, - *** Pedido de Venda: 442521 *** Cotacao Numero: 0200 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1392.39 (32.09%).

RESERVADO AO FISCO

HEB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21/01/2020
AOS 10aús

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399862915103300000404908001011581680000106841

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 21.703

DATA DE VENCIMENTO 17/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.068,41

VALOR COBRADO 1.068,41

=====

NR.AUTENTICACAO A.6E3.27F.156.198.67A



NUTR LTDA

RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO
17015-022 BAURU SP
Telefone (14) 3366-6900Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº 45831

Série 0

FL 1/1



CHAVE DE ACESSO

3519 1202 7864 3600 0183 5500 0000 0458 3118 0621 1143

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

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

INSCR. EST. DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

02.786.436/0001-83

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

19/12/2019

ENDEREÇO

RUA 7 DE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16200-000

MUNICÍPIO

BILAC

FONE/FAX

(14) 3532-5198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA SAÍDA / ENTRADA

16:25

FATURA

0 - A vista
1 - A prazo 1

18/01/2020 1.068,41

17/02/2020 1.068,41

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR FCP-ST	VL R APROX TRIBUTOS (Lei 12.741/2012)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	673,09	2.136,82
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		2.136,82

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL NOROESTE EXPRESS LOGISTICA E TRANSP LTDA	FRETE POR CONTA 0-CIF	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 20762390000144
ENDEREÇO RUA JOAQUIM ANACLETO BUENO, 2-50	MUNICÍPIO BAURU	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 209552434112		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CX	MARCA	NUMERAÇÃO	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 10NC6000 Val 28-02-21 Qtd 7,00 Vlr aprox. tributos R\$ 673,09 (31,5000%, Conf. Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	7,000	305,2600	2.136,82						

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL / CNAE	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
----------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

ICMS Desonerado 0,00	ICMS FCP p/UF dest	Vlr ICMS Inter. p/destino	Vlr ICMS Inter. p/remetente	Vlr IPI devol. 0,00	RESERVA DE IPI
----------------------	--------------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------	----------------

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 LUCASAHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/12/19
ASS. *[Assinatura]*

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190613651483993347100001526110581680000042400

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMT

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 21.704

NOSSO NUMERO 6136148399

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 17/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/02/2020

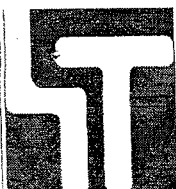
VALOR DO DOCUMENTO 424,00

VALOR COBRADO 424,00

=====

NR.AUTENTICACAO 3.8AC.173.8F7.EB8.DAC

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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. 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 AutorizadaNATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTOPROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135190969184816 19/12/2019 18:31:42-03:00INSCRIÇÃO 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

19/12/2019

DATA ENTRADA/SAÍDA

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

ENDEREÇO

RUA JUSSARA

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

48.740.351/0082-20

MUNICÍPIO

BARUERI

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

206233560117

QUANTIDADE

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

2,430

PESO LÍQUIDO

2,125

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CQD. PROD

EE905200

DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.

EQUIPO GIRASSET EQ 0623 CT00 ESTERILIZADO

(CX 500N)

Lote (S): DE21990523480800B

- 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

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

Prazo 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: 135190969184816

ENTREGA ENTREGA Dr Raul da Cunha Bueno n.585 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. hoda**Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080613689271512711770003481680000294816

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 21.705

DATA DE VENCIMENTO 17/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.948,16

VALOR COBRADO 2.948,16

NR.AUTENTICACAO 2.0F5.896.3F9.9DC.CE5

 BELIVE MEDICAL	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA RUA LAURO VANNUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 58.133 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/1		CONTROLE FISCO 
	CHAVE DE ACESSO 3520.0114.3355.4400.0119.5500.0000.0581.3310.1132.3400				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 135200004411722 - 03/01/2020 12:54:33				
	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 03/01/2020
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 12:54:27

FATURA/DUPLICATAS					
58133/1 - 17/02/20 - 2948,16					
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.948,16	VALOR DO ICMS 353,78	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.948,16	
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 2.948,16

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 29	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 431,8000	PESO LÍQUIDO 431,8000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CALC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI	
2319 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR296R8 - 28/03/2021 Qtde: 7.00 Número da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	500 5102	CX	7,0000	148,6800	0,0000 0,0000%	1.040,76	1.040,76	124,89 0,00	0,00	12,00	0,00	
675 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR294W4 - 26/08/2021 Qtde: 4.00 Número da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	4,0000	106,5000	0,0000 0,0000%	426,00	426,00	51,12 0,00	0,00	12,00	0,00	
704 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR294W7 - 26/08/2021 Qtde: 8.00 Número da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	8,0000	57,6000	0,0000 0,0000%	460,80	460,80	55,30 0,00	0,00	12,00	0,00	
692 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR296X7 - 01/10/2021 Qtde: 6.00 Número da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	6,0000	73,5000	0,0000 0,0000%	441,00	441,00	52,92 0,00	0,00	12,00	0,00	
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR297N5 - 10/04/2021 Qtde: 2.00 Número da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	2,0000	163,8000	0,0000 0,0000%	327,60	327,60	39,31 0,00	0,00	12,00	0,00	
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR299A9 - 09/05/2021 Qtde: 2.00 Número 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	

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

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" / Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio	RESERVADO AO FISCO  AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 08/01/2020 ASS. [Assinatura]

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000087235135801047581690000096869

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 21.706

DATA DE VENCIMENTO 18/02/2020

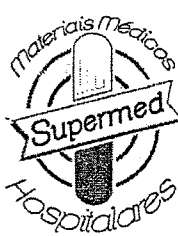
DATA DO PAGAMENTO 17/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 968,69

VALOR COBRADO 968,69

=====

NR.AUTENTICACAO 7.B55.171.CA9.1E8.B26



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 404666
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4046 6610 0024 4150

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203550975602 14/01/2020 13:47:56

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

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
14/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DE ENTRADA
14 JAN 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/02/2020 968,69

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
968,69	116,24	0,00	0,00	968,69
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				968,69

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

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

PESO LÍQUIDO

4,02

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
13292	FENOTEROL 5MG/ML 20ML GEN-HIPOLABOR LT 12-3919 (10/11/21 (Fornecedor: 920, Lote: 12-3919, Qtde: 10, Data Fab: 09/01/2020, Data Val: 30/11/2021)	30049039	000	6108	FR	10	4,6590	46,59	46,59	5,59		12,00	
8067	HIPOCORTIZONA (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	120,0300	120,03	120,03	14,40		12,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB09019 (1)10/21 (Fornecedor: 1898, Lote: AB09019, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2-019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	CX	1	81,7400	81,74	81,74	9,81		12,00	
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	
27649	CARBAMAZEPINA (C1) 200MG 30CP GEN-NEO QUIMICA (PORT.344/98) LT B19K0420 (1)10/21 (Fornecedor: 1113, Lote: B19K0420, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/20-21)	30049069	500	6108	CX	1	5,2200	5,22	5,22	0,63		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 41 B 2 P2...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 58,12

Pedido: 374087

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

160413143412222000000007304445.

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: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/01/2020
ASS. *João*

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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

Nº 404666
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4046 6610 0024 4150

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

131203550975602 14/01/2020 13:47:56

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
10206	AMIODARONA 150MG 100AMP 3ML GEN-HIPOLABOR LT AD03219 (1)05/21 (Fornecedor: 1898, Lote: AD03219, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/05/2021)	30049054	000	6108	CX	1	163,9400	163,94	163,94	19,87		12,00	
5584	AC. TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 5AMP 5ML-NIKKHO LT 619.013 (4)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 619.013, Qtde: 4, Data Fab: 29/10/2019, Data Val: 30/06/2021)	30039099	000	6108	CX	4	13,7500	55,00	55,00	6,60		12,00	
11286	ESKAVIT 10MG/ML 50AMP 1ML IM-HIPOLABOR LT AU00819 (1)07/21 (Fornecedor: 1898, Lote: AU00819, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/07/2021)	30049099	000	6108	CX	1	49,5200	49,52	49,52	5,94		12,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000087235133101044981690000076064

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 21.707

DATA DE VENCIMENTO 18/02/2020

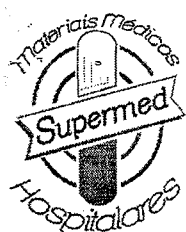
DATA DO PAGAMENTO 17/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 760,64

VALOR COBRADO 760,64

=====

NR.AUTENTICACAO 0.99A.740.A97.0E1.006



**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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 51524
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0515 2410 0106 0356

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200034467822 14/01/2020 16:45:42

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

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

14/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
14 JAN. 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/02/2020 760,64

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
676,82	102,92	0,00	0,00	760,64
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				760,64

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 4	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 22,05	PESO LÍQUIDO 22,05

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24190	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/24-CIEX LT FP5-06/19-EC (1) 11/2021 (Fornecedor: 2453, Lote: FP506/19-EC, Qtde: 1, Data Fab: 19/11/2019, Data Val: 19/11/2021)	30051090	000	5102	CX	1	71,4100	71,41	71,41	12,85		18,00	
21840	INFUSOR MULT. 2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA0006 (1) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0006, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	20,9000	20,90	20,90	3,76		18,00	
10689	SONDA ENT. 12FR 120CM C/EST. PÇ-EMBRAMED 19-05G-REF. 490084 LT 1900038860 (5) 09/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900038860, Qtde: 5, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2022)	90183921	040	5102	PC	5	8,1300	40,65					
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	12,7000	50,80	50,80	9,14		18,00	
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THROTO LT 074 (2) 08/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 074, Qtde: 2, Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 02/08/2024)	44219900	000	5102	PCT	2	2,7200	5,44	5,44	0,98		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

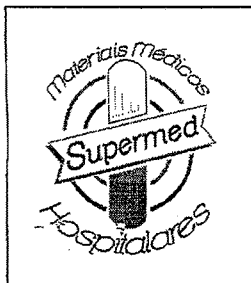
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 #R2V3R2V1..
ITENS 3,13 a 14 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 51427
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos 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: 0,15

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/01/2020
ASS. *Lucas*

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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 51524
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0515 2410 0106 0356

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

135200034467822 14/01/2020 16:45:42

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 (6) 04/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TMTX002, Qtde: 6, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2024)	63079010	200	5102	PCT	6	4,2800	25,68	25,68	4,62		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 3837M4 (6) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3837M4, Qtde: 6, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	400	5102	CX	6	5,8200	34,92	34,92	4,19		12,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0364 (6) 02/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0364, Qtde: 6, Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 28/02/2024)	90183119	200	5102	CX	6	21,2267	127,36	127,36	15,28		12,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0400 (8) 05/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0400, Qtde: 8, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183119	200	5102	CX	8	19,1000	152,80	152,80	18,34		12,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PRO21J (1) 11/2022 (Fornecedor: 7934, Lote: PRO21J, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	5102	CX	1	157,8100	157,81	157,81	28,41		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	6,2000	12,40	12,40	2,23		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA00012 (1) 01/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SEEA00012, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90189099	200	5102	PCT	1	17,3000	17,30	17,30	3,12		18,00	
22009	FRASCO P/ DREN.TORAX C/EXT 1000ML-BIOTEC LT 19/A02634 (3) 08/2021 (Fornecedor: 771-0, Lote: 19/A02634, Qtde: 3, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	90183929	040	5102	UND	3	10,7900	32,37					
26436	DRENO DE TORAX N.28 PC-MED SHARP REF. 1.0-210.01 LT DT12121928A1 (3) 12/2021 (Fornecedor: 1452, Lote: DT12121928A1, Qtde: 3, Data Fab: 18/12/2019, Data Val: 12/12/2021)	90183929	040	5102	CX	3	3,6000	10,80					

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100775622178581690000081889

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	21.708
NOSSO NUMERO	17115360000775622
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	818,89
VALOR COBRADO	818,89

=====

NR.AUTENTICACAO	6.8D7.7EC.3B3.1BC.E8E
-----------------	-----------------------



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CNPJ 13516-074 - 1935225800

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1248520 FL 1/2
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2485 2012 5467 6122

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

135200035252662 14/01/2020 21:41:43

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMITENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

14/01/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

14/01/2020

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
1248520/1	18/02/2020	818,89						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CALCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS			
818,89		117,03		0,00		0,00		818,89			
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		818,89	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emissor

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

SP

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

5,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,03230

PESO BRUTO

12,333

PESO LÍQUIDO

12,333

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENE	30049045	000	5102	AP	100,00	0,9986	99,86	99,86	11,98	0,00	12,00	0,00
	L: AT-022/19 Q: 100,0000 F: 30/04/19 V: 30/03/2021												
017910	OMEPRAZOL 40MG F-A (CRISTALIA) (ITEM GENE	30049069	000	5102	FA	25,00	5,2866	132,17	132,17	15,86	0,00	12,00	0,00
	19090444 Q: 25,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021												
024255	ONDANSETRONA 8MG/4ML, CLORIDRATO (HYPOFARMA) (	30039079	000	5102	AP	50,00	1,21	60,50	60,50	7,26	0,00	12,00	0,00
	ITEM GENE												
	L: 19101058 Q: 50,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021												
025578	AGUA PARA INECCAO 10ML (FARMACE) L: 19M9351C Q:	30039099	000	5102	AP	400,00	0,3243	129,72	129,72	23,35	0,00	18,00	0,00
	400,0000 F: 01/12/19 V: 30/12/2021												
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 1119 Q: 1,0000 F:	52030000	000	5102	RO	1,00	9,9264	9,93	9,93	1,79	0,00	18,00	0,00
	30/11/19 V: 30/11/2024												
030822	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 19	30059090	000	5102	PC	1.000,00	0,0235	23,50	23,50	4,23	0,00	18,00	0,00
	11 Q: 1.000,0000 F: 07/11/19 V: 30/11/2024												
030360	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (DESCARTEE) L: 191	63079010	000	5102	PC	40,00	0,9998	39,99	39,99	7,20	0,00	18,00	0,00
	1 Q: 40,0000 F: 01/11/19 V: 30/11/2024												

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 15/01/2020 Pedido: 1535996 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1535996 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não 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: RODOVIÁRIO / 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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/01/2020
ASS. *João*

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. 1248520 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2485 2012 5467 6122

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

135200035252662 14/01/2020 21:41:43

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	ALÍQUOTAS IPI
029493	OMEPRAZOL 20MG (CIFARMA) L: 1KF90 Q: 90,0000 F: 30 /04/18 V: 30/04/2020	30049069	000	5102	CA	90,00	0,0897	8,07	8,07	1,45	0,00	18,00	0,00
011763	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19090233 Q: 10,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30049043	000	5102	TB	10,00	4,0531	40,53	40,53	7,29	0,00	18,00	0,00
006178	METADONA 5MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19090351 Q: 40,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021 *** Portaria 344/98 A1	30049039	000	5102	CP	40,00	0,6804	27,22	27,22	4,90	0,00	18,00	0,00
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTON) L: 9246014 Q: 100,0000 F: 30/08/19 V: 31/08/2021	90183119	200	5102	PC	100,00	2,1356	213,56	213,56	25,63	0,00	12,00	0,00
030494	CLOREXIDINA 0,5% 100ML (VIC PHARMA) L: M26158 Q: 24,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30039099	000	5102	FR	24,00	1,4098	33,84	33,84	6,09	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0167/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613811461103359900002034312981690000010710

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	21.709
NOSSO NUMERO	6138146110
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	107,10
VALOR COBRADO	107,10

=====

NR.AUTENTICACAO	E.892.598.C73.888.E58
-----------------	-----------------------



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 1069088
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0104 0278 9400 0326 5500 1001 0690 8810 0029 7294

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

152202836942388 14/01/2020 17:25:17

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
14/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
14/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
17:24

FATURA / DUPLICATA

001 18/02/2020 107,10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	89,25	VALOR DO ICMS	10,71	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	107,10
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	107,10

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

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

2

CAIXAS

3,00

3,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	14	7,6500	107,10	89,25	10,71		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF: ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 6,43
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 19,63, Federal, R\$ 8,92, Estadual, R\$ 10,71
Pedido: 1140895
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereco.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/01/2020
ASS. *Naís*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613811465013359900002034312881690000076430

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	21.710
NOSSO NUMERO	6138146501
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	18/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	764,30
VALOR COBRADO	764,30

=====

NR.AUTENTICACAO 3.BC2.91C.059.906.7B9



**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 26495
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0104 0278 9400 0750 5500 1000 0264 9510 0006 7947

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
135200035079384 14/01/2020 20:13:29

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
14/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
14/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:12

FATURA / DUPLICATA

001 18/02/2020 764,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	764,30	VALOR DO ICMS	137,57	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	764,30
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	764,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA O - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 3,00	PESO LÍQUIDO 3,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26473	HERMOPOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 19090413, Qtde: 2, Dt Val: 30/0-9/2021)	30049099	000	5102	CX	2	118,8000	237,60	237,60	42,77		18,00	
11265	AMPLOSPEC IV 16 C/50F/A-BIOQUIMICO (Lo- te: 008755, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/202-2)	30042059	000	5102	CX	1	318,7000	318,70	318,70	57,36		18,00	
27701	DIMORF 1MG/ML 50/2ML EST-CRISTALIA A1 (Lote: 19050757, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-5/2021)	30044990	000	5102	CX	1	208,0000	208,00	208,00	37,44		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 137,57, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 137,57
Pedido: 29868
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/01/2020
ASS. *Raul*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 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\$ 1.661,41
DEBITO EM: 17/02/2020

=====

DOCUMENTO: 021711
AUTENTICACAO SISBB: 9.7F5.710.396.90D.083

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1 17/09/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13	
998	I.N.S.S.	8,00		144,47
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.805,88	144,47
			Valor Líquido ➡	1.661,41
BANCO DO BRASIL 1				
Conta salário: 88417-X		Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.805,88	1.805,88	144,47	1.661,41
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Janeiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1 17/09/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.343,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	207,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	254,13	
998	I.N.S.S.	8,00		144,47
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.805,88	144,47
			Valor Líquido ➡	1.661,41
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 0295 - X		
Conta salário: 88417-X				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.343,95	1.805,88	1.805,88	144,47	1.661,41
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000911457001011581660000007000

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	21.712
DATA DE VENCIMENTO	15/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	70,00
VALOR COBRADO	70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 8.7A3.134.371.E51.421



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

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000003470-1			Data de Emissão: 09/12/2019	
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA				
CPF/CNPJ: 44.705.580/0001-98		Inscrição Municipal: 1027		Tipo: ME
CEP: 17015-021	Endereço: RUA CUSSY JUNIOR, 07-7			Cidade: BAURU/SP
Fone: (14) 3879-2953		E-Mail: rpb.vendas@uol.com.br		
Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSS HOSP BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		CEP: 17400-000		Cidade: GARÇA/SP
Endereço: RUA ORLANDO THIAGO SANTOS, 70				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS				
01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID (REFERENTE: 01/2020 A 06/2020) - MIRANDOPOLIS				
Atividade: CONCERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS				
Código do Serviço: 14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO				
Local da Prestação: BAURU			Situação de Tributação: Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R\$) 0,00	I.R. (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	C.S.L.L. (R\$) 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				Valor Aprox. Tributos 0,00
Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 420,00	Alíquota (%) 3,49	Valor do ISS (R\$) 14,66	Valor Total da Nota (R\$) 420,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			Valor líquido da nota (R\$) 420,00	

Chave de autenticação: 508390494DF367E3C6909F448E754AE5

20/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 11:18:56
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

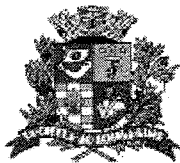
DATA DA TRANSFERENCIA	20/02/2020
NR. DOCUMENTO	550.058.000.059.599
VALOR TOTAL	934,00

***** 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.B86.996.A69.F42.95C
-----------------	-----------------------



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

Número da Nota
1907

Data de Emissão
04/02/2020

Data e Hora da
Competência
04/02/2020 às 09:55:45

Código de Verificação
9595-4115-9317

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Situação
Telefones
E-Mail's

CNPJ 12.119.494/0001-07

Cód. Mobiliário 100166

Insc. 100166
Mun.

Autenticação

Nome TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE
SEGURANCA LTDA

IE 419065626119

Logradouro RUA-ALVARES DE AZEVEDO

Número 60

Bairro JARDIM PINHEIRO

CEP 16400-580

Município LINS

UF SP



TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02

IE ISENTO

Inscrição Mun. 104244

Cód. Mobiliário 104244

Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail jvalentim@ahbb.org.br;

Telefone contabilidade2@ahbb.org.br

Inf. Comp.

Logradouro AVENIDA-JOSE ARIANO RODRIGUES

Número 303

Bairro JARDIM ARIANO

CEP 16400-400

Município LINS

UF SP

Complemento SALA 03

Pais BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
4	ACESSORIA EM 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 MIRANDOPOLIS

style="font-size:13.6px;font-family:"Arial",sans-serif; mso-fareast-font-family:"Times New Roman";color:black;mso-fareast-language: PT-BR">VENCIMENTO:
20/02/2020

style="font-size:13.6px;font-family:"Arial",sans-serif; mso-fareast-font-family:"Times New Roman";color:black;mso-fareast-language: PT-BR">CONTA PARA DEPOSITO

/>
BANCO DO BRASIL
AG:0058-2
C/C:59599-3

TRIBUTOS

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

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 934,00

Atividade

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Simple Nacional

Local do Serviço

Dentro do Município

Aliquota (%)

Base de Cálculo (R\$)

Vlr. Total das Deduções (R\$)

Vlr. Total Retido (R\$)

Vlr. do ISS (R\$)

4,4200

934,00

0,00

0,00

41,28

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

20/02/2020
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 6790 - BILAC

SP

CODIGO DE BARRAS 85610000051 00590064005

11453494610 00159520031

DATA DO PAGAMENTO 20/02/2020

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 5.100,59

DOCUMENTO: 022001

AUTENTICACAO SISBB: 0.4C2.89B.B5D.B8B.946

Mina - PCC

1ª via

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.100,59
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/02/2020 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	5.100,59
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/02/2020 17:22:39	

85610000051-7 00590064005-2 11453494610-7 00159520031-0



2ª via

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.100,59
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/02/2020 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	5.100,59
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/02/2020 17:22:39	

85610000051-7 00590064005-2 11453494610-7 00159520031-0



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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

20/02/2020
211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
26/12/2019	42545	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 2.290,16	R\$ -	R\$ 34,35	R\$ 106,49		R\$ 140,84	R\$ 2.149,32
24/01/2020	242	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
TOTAL			R\$ 109.690,16	R\$ -	R\$ 1.645,35	R\$ 5.100,59	R\$ -	R\$ 6.745,94	R\$ 102.944,22

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandi Faria de Miranda
tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116204314223021802213581081281710000010990

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	22.002
DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	109,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	99,90

=====

NR.AUTENTICACAO C.25F.6B1.4F8.872.287

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 86

Nº 000000011 Emissão: 03/02/2020

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	Situação do documento fiscal
0d6b.4293.ab3c.9dd0.8d19.3739.0cf3.453b	

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVICOS / 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 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio				

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.05
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

CODIGO DE BARRAS 85610000016 45350064005
11453494610 00117080031

DATA DO PAGAMENTO 20/02/2020

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 1.645,35

DOCUMENTO: 022003

AUTENTICACAO SISBB: B.952.82A.244.FB4.A8A

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.645,35
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/02/2020 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	1.645,35
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/02/2020 17:20:59	

85610000016-0 45350064005-8 11453494610-7 00117080031-0



 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.645,35
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/02/2020 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	1.645,35
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.66.6643 14/02/2020 17:20:59	

85610000016-0 45350064005-8 11453494610-7 00117080031-0



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

20/02/2020
 211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
26/12/2019	42545	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 2.290,16	R\$ -	R\$ 34,35	R\$ 106,49		R\$ 140,84	R\$ 2.149,32
24/01/2020	242	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
TOTAL			R\$ 109.690,16	R\$ -	R\$ 1.645,35	R\$ 5.100,59	R\$ -	R\$ 6.745,94	R\$ 102.944,22

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

AG. ARRECADADOR		
CNC 001 - 6790 - BILAC		SP
CODIGO DE BARRAS	85680000010	25080064005
	11453494610	00105610031
DATA DO PAGAMENTO		20/02/2020
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		1.025,08

DOCUMENTO: 022004

AUTENTICACAO SISBB: 9.A77.D8B.BF3.462.003

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200 DARF IRRF 01 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/02/2020 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	1.025,08
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.025,08

85680000010-6 25080064005-5 11453494610-7 00105610031-4 **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	31/01/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200 DARF IRRF 01 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/02/2020 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	1.025,08
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.025,08

85680000010-6 25080064005-5 11453494610-7 00105610031-4 **11** AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

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

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196. - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

20/02/2020
 211

PJ: 45.349.461/0008-89
 Período: 01/01/2020 a 31/01/2020

Emissão: 04/02/2020
 Horas: 09:32:47

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/01/2020 a 31/01/2020									
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 12/19	4.054,98	446,04	0,00	0	15,00	354,80	186,54
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	13o 12/19	51,80	5,70	0,00	0	15,00	354,80	6,91
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 12/19	2.766,43	304,30	189,59	1	7,50	142,80	27,64
2336	BIANCA CAETANO COSTA	13o 12/19	21,57	1,94	0,00	0	7,50	142,80	1,48
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Mensal 12/19	2.853,82	256,84	0,00	0	7,50	142,80	51,97
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	13o 12/19	1,09	0,09	0,00	0	7,50	142,80	0,07
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 12/19	3.248,01	357,28	189,59	1	7,50	142,80	59,79
2142	LUIS FERNANDO BETONI	Mensal 12/19	2.776,62	249,89	0,00	0	7,50	142,80	46,70
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	Mensal 12/19	2.805,23	252,47	0,00	0	7,50	142,80	48,66
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 12/19	2.896,28	260,66	0,00	0	7,50	142,80	54,87
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 12/19	2.859,21	257,32	0,00	0	7,50	142,80	52,34
2157	RICARDO DE CARVALHO	Férias	2.491,91	224,27	0,00	0	7,50	142,80	27,27
2815	TANIA MARA BARRETO	Mensal 12/19	1.597,31	127,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
2815	TANIA MARA BARRETO	Rescisão	1.123,86	245,64	0,00	0	7,50	142,80	33,28
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 12/19	4.678,13	514,59	0,00	0	22,50	636,13	300,67
33	THAIS BOARETO DA SILVA	13o 12/19	6,02	0,66	0,00	0	15,00	354,80	0,80
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	Mensal 12/19	3.348,01	368,28	189,59	1	7,50	142,80	66,46
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	13o 12/19	4,55	0,50	0,00	0	7,50	142,80	0,31
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	Mensal 12/19	3.028,06	333,08	0,00	0	7,50	142,80	59,32
Total:			40.612,89	4.207,33					1.025,08
Empregados:	19	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	40.612,89	4.207,33	568,77
Total Geral:									1.025,08
Empregados:	13	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	40.612,89	4.207,33	568,77

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	12/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 12/2019	0,00	21.288,54	0,00	21.288,54	0,00
0588	Mensal 12/2019	0,00	995,08	0,00	995,08	0,00
Totalizador			22.283,62	0,00	22.283,62	0,00

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000087247038101045981710000081014

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 22.005

DATA DE VENCIMENTO 20/02/2020

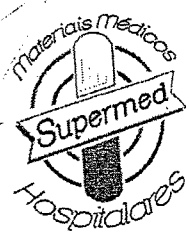
DATA DO PAGAMENTO 20/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 810,14

VALOR COBRADO 810,14

=====

NR.AUTENTICACAO 5.6D8.9E1.ABB.5E4.F2F



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 407114
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3120 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4071 1410 0071 4629

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203558416930 21/01/2020 14:24:14

CNPJ
11.206.099/0001-07

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

MUNICÍPIO
LINS

FATURA / DUPLICATA
001 20/02/2020 810,14

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
21/01/2020

DATA DE VALIDADE
21 JAN 2020

CEP
16400-400

HORA DA SAÍDA

FONE/FAX
1435325198

MUNICÍPIO
LINS

FATURA / DUPLICATA
001 20/02/2020 810,14

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		810,14		97,21		0,00		810,14	
VALOR DO FRETE		0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		0,00		VALOR TOTAL DA NOTA	
								810,14	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ/CPF	
NOME / RAZÃO SOCIAL		0 - DO EMITENTE								01125797000540	
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA										5250929840006	

ENDEREÇO		MUNICÍPIO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,		POUSO ALEGRE		5,46			

QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO	
3		CAIXA					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		NCM/SH		CST		CFOP		UND.		QUANT.		V.UNIT.		V.TOTAL		BC ICMS		V. ICMS		V. IPI		AL ICMS		AL IPI	
CÓDIGO		DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS																							
8763		BES. ANLÓDIPINO 5MG 30CP GEN-TEUTO LT 9013-837 (11/07/21 (Fornecedor: 258, Lote: 9013-837, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)		30042051		000		6108		CX		1		1,6500		1,65		1,65		0,20		12,00			
24741		ELESONAX 5MG 20CP REV.-NEO QUIMICA LT B1-9B0925 (21/03/21 (Fornecedor: 1113, Lote: B19B0925, Qtde: 2, Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 30/03/2021)		30049069		500		6108		CX		2		1,8300		3,66		3,66		0,44		12,00			
11689		DIPIRONA 500MG/ML GTS 10ML GEN-FARMACE LT DS19G354 (10/07/21 (Fornecedor: 4, Lote: DS19G354, Qtde: 10, Data Fab: 17/01/2020, Data Val: 30/07/2021)		30039099		000		6108		FR		10		0,7200		7,20		7,20		0,86		12,00			
10654		ESCOPOLAMINA 20MG 100AMP 1ML GEN-HIPOLABOR LT H04119 (11/04/21 (Fornecedor: 4, Lote: H04119, Qtde: 1, Data Fab: 04/07/2019, Data Val: 30/04/2021)		30049099		000		6108		CX		1		83,8500		83,85		83,85		10,06		12,00			
9983		NORMASTIG 0,5MG/ML 50AMP 1ML-U.QUIMICA LT 1948333 (11/12/21 (Fornecedor: 1390, Lote: 1948333, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2021)		30049049		000		6108		CX		1		34,2900		34,29		34,29		4,11		12,00			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

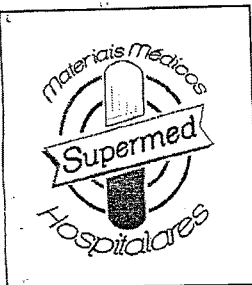
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 16 B 12...
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 48,61
Pedido: 376467
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. 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 NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23 101 120
ASS. *[Assinatura]*

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 407114
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4071 1410 0071 4629

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
131203558416930 21/01/2020 14:24:14

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
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB09019 (1)10/21 (Fornecedor: 1898, Lote: AB09019, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	CX	1	81,7400	81,74	81,74	9,81		12,00	
11929	IONCLOR 60MG/ML SOL.100ML-PRATI DONADUZZI LT 19K686 (4)11/21 19K688 (1)11/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19K686, Qtde: 4, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021 / Fornecedor: 9706, Lote: 19K688, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	FR	5	2,0200	10,10	10,10	1,21		12,00	
22839	LACTULOSE XAROPE 120ML-NUTRIEX LT 190703 (5)07/21 (Fornecedor: 4, Lote: 190703, Qtde: 5, Data Fab: 29/08/2019, Data Val: 31/07/2021)	21069030	000	6108	FR	5	5,4000	27,00	27,00	3,24		12,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19I2-51 (5)09/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19I2-51, Qtde: 5, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30042099	000	6108	TB	5	6,2300	31,15	31,15	3,74		12,00	
25930	METOPROLOL SUCCINATO 25MG 30CP GEN-ACCORD LT Y12531 (2)05/21 (Fornecedor: 1113, Lote: Y12531, Qtde: 2, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/05/2021)	30049039	000	6108	CX	2	12,2200	24,44	24,44	2,93		12,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/-98) LT 19040133 (2)04/21 (Fornecedor: 727, Lote: 19040133, Qtde: 2, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2021)	30049039	000	6108	CX	2	14,3600	28,72	28,72	3,45		12,00	
22541	AMBU SILICONE AD. C/RESERV.COMPL.-MIKATOS REF.320 LT 492019 (3)12/21 (Fornecedor: 1712, Lote: 492019, Qtde: 3, Data Fab: 03/12/2019, Data Val: 03/12/2021)	90189099	000	6108	UND	3	158,7800	476,34	476,34	57,16		12,00	

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100773859178281720000063128

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 22.006

NOSSO NUMERO 17115360000773859

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 21/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 631,28

VALOR COBRADO 631,28

=====

NR.AUTENTICACAO B.E14.BF1.2F4.EE1.951

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. 1246417 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2464 1711 9251 0790

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

135200014913161 07/01/2020 21:05:14

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

07/01/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

07/01/2020

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
1246417/1	21/02/2020	631,28						

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			
631,28		101,44		0,00		0,00		631,28			
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		631,28	

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
5,00	VOLUME(S)		0,02503	17,365	17,365

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
019306	SINVASTATINA 40MG (SANDOZ) L: JN0128 Q: 30,0000 V: 30/11/2020	30046000	000	5102	CP	30,00	0,2209	6,63	6,63	1,19	0,00	18,00 0,00
013992	AGUA PARA INJECAO 10ML (EQUIPLEX) L: 1932261 Q: 6 00,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021	30049099	000	5102	AP	600,00	0,3384	203,04	203,04	24,36	0,00	12,00 0,00
006178	METADONA 5MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19090351 Q: 20,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021 *** Portaria 344/98 A1	30049039	000	5102	CP	20,00	0,71	14,20	14,20	2,56	0,00	18,00 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: 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
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
030823	COMPRESSA DE GAZE 11F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 19 12 Q: 2.500,0000 F: 01/12/19 V: 30/12/2024	30059090	000	5102	PC	2.500,00	0,0254	63,50	63,50	11,43	0,00	18,00 0,00
031170	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290419 Q: 300,0000 F: 26/07/19 V: 25/07/2021	38220090	000	5102	TI	300,00	0,5422	162,66	162,66	29,27	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: 08/01/2020 Pedido: 1532226 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1532226 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves 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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/01/2020
ASS. *baus*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente

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

1

Nº. 1246417 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2464 1711 9251 0790

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

135200014913161 07/01/2020 21:05:14

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
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

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613735977973359700002034312181720000022960

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	22.007
NOSSO NUMERO	6137597797
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	21/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	229,60
VALOR COBRADO	229,60

=====

NR.AUTENTICACAO A.B71.F7D.86C.350.A47



**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
1-SAIDA 1

Nº 24244
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3520 0104 0278 9400 0750 5500 1000 0242 4410 0146 2581

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
135200015116435 07/01/2020 23:05:51

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
07/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
07/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
23:05

FATURA / DUPLICATA

001 21/02/2020 229,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	219,21	VALOR DO ICMS	36,85	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	229,60
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	229,60

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 2	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 15,00	PESO LÍQUIDO 15,00

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
21476	DIPIFARMA 100/2ML-FARMACE (Lote: DPl-9L364, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021)	30039099	000	5102	CX	1	50,3500	50,35	50,35	9,06		18,00	
25699	AGUA P/INJECAO 500ML FSF C/20-SANOBIOL (Lote: 19105098, Qtde: 1, Dt Val: 31/1-0/2021)	30049099	000	5102	CX	1	43,4500	43,45	43,45	5,21		12,00	
20399	CLOR.TRAMADOL 50MG C/10CP GEN-EMS A2 (Lote: 0X9828, Qtde: 5, Dt Val: 30/11/-2020)	30049099	520	5102	CX	5	3,4000	17,00	6,61	1,19		18,00	
26473	HEMOPOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 19090413, Qtde: 1, Dt Val: 30/0-9/2021)	30049099	000	5102	CX	1	118,8000	118,80	118,80	21,39		18,00	

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 Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 2 ALIQUOTA 12% CONF. INCISO XVII DO ART.54RICMS/SP
ITEM 3 Redução de Base cf. artigo 3º, XXIV do AnexoII, do RICMS/00 SP
ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 36,85, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 36,85
Pedido: 27515
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/01/2020
ASS. *Adais*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613734826323359400002034312781720000013650

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 22.008

NOSSO NUMERO 6137482632

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 136,50

VALOR COBRADO 136,50

=====

NR.AUTENTICACAO 1.C1F.789.708.DDC.0F1



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 1067238
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0104 0278 9400 0326 5500 1001 0672 3810 0090 4280

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
152202818867766 07/01/2020 21:50:01

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
07/01/2020

ENDEREÇO
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
07/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
21:42

FATURA / DUPLICATA

001 21/02/2020 136,50

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
113,75	13,65	0,00	0,00	136,50
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
				136,50

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
CATALÃO

UF
GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
104444304

QUANTIDADE

2

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
36559	FRALDA GERIAT. TAM. EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	10	7,6500	76,50	63,75	7,65		12,00	
18477	GLICOSE 50% 200/10ML - SAMTEC (Lote: GVE, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/2021)	30049099	020	6108	CX	1	60,0000	60,00	50,00	6,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA
FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO DA ENTREGA
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS, CF. ART. 2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ. CF CONV. 93 - EMENDA 87/15
ITEM 2 ALIQUOTA 12% CONF. INCISO XVII DO ART. 54 RICMS/SP
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 4,59
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 20,02, Federal, R\$ 6,37, Estadual, R\$ 13,65
Pedido: 1138925
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.: ISENTA -
Endereço.: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/01/2020
ASS. *João*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613818018893359400002034312181710000048997

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	22.009
---------------	--------

NOSSO NUMERO	6138801889
--------------	------------

CONVENIO	00000000
----------	----------

DATA DE VENCIMENTO	20/02/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	20/02/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	489,97
--------------------	--------

VALOR COBRADO	489,97
---------------	--------

=====

NR.AUTENTICACAO	2.1D1.048.297.F43.C51
-----------------	-----------------------



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-516

HOSPITALAR COM. IMP. EXT. LTDA.

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081

ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1070870
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0104 0278 9400 0326 5500 1001 0708 7010 0113 6334

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152202856357503 21/01/2020 21:25:13

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

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
21/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
21/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
21:22

FATURA / DUPLICATA

001 20/02/2020 489,97

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	408,29	VALOR DO ICMS	49,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	489,97
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	489,97

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
104444304

QUANTIDADE
2

ESPÉCIE
CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

7,40

PESO LÍQUIDO

7,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
15349	AMINOFILINA 24MG 50/10ML GEN - TEUTO (Lote: 9073118, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2021)	30049099	520	6108	CX	1	40,1700	40,17	33,47	4,02		12,00	
35965	FAZOLON IV 1G 20/4ML - BLAU (Lote: 191110-04, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021)	30042059	020	6108	CX	1	340,0000	340,00	283,32	34,00		12,00	
28121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX (Lote: 2356474, Qtde: 6, Dt Val: 31/12/2021)	30051030	020	6108	RL	6	5,5500	33,30	27,75	3,33		12,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	10	7,6500	76,50	63,75	7,65		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITENS 1 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 3 e 4

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

ITENS 2 a 4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENEIRCOSSP 16005/2015

ITENS 2 a 4

ITENS 2 a 4

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 26,99

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 58,14, Federal, R\$ 9,14, Estadual, R\$ 49,00

Pedido: 1142754

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 22/01/2020
ASS. *João*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613818023783359700002034312981710000090050

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 22.010

NOSSO NUMERO 6138802378

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 20/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 900,50

VALOR COBRADO 900,50

=====

NR.AUTENTICACAO 1.FC6.1C3.CB1.160.2C9



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 28452
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3520 0104 0278 9400 0750 5500 1000 0284 5210 0101 5233

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200055281202 21/01/2020 17:55:43

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC. ADQ. REC. TERCEIROS

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
21/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
21/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
17:54

FATURA / DUPLICATA

001 20/02/2020 900,50

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
880,00	105,60	0,00	0,00	900,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				900,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA O - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,50	PESO LÍQUIDO 2,50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26445	PIPER.TAZOR.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NG2637, Qtde: 2, Dt Val: 31/0-7/2021)	30041019	000	5102	CX	2	440,0000	880,00	880,00	105,60		12,00	
37605	BRONQUINHO COLETOR DE SECRECAO 120ML - BIOMERG BIOTEC (Lote: 19A03357, Qtde: 5, Dt Val: 31/10/2021)	90183929	040	5102	UN	5	4,1000	20,50					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 2 ISENÇÃO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 112,18, Federal, R\$ 6,58, Estadual, R\$ 105,60
Pedido: 32163
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 22/01/2020
ASS. *João*

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:05
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100776866170481710000106442

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 22.011

NOSSO NUMERO 17115360000776866

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 20/02/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/02/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.064,42

VALOR COBRADO 1.064,42

=====

NR.AUTENTICACAO D.288.26B.74E.277.237

Identificação do emitente



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

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1250261 FL 1/2
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2502 6111 8242 3995

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

135200055589446 21/01/2020 20:19:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

MUNICÍPIO

LINS

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

CEP

16400-400

INSCRIÇÃO ESTADUAL

SP

DATA DA EMISSÃO

21/01/2020

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

21/01/2020

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
FATURA/DUPLIC.			FATURA/DUPLIC.			FATURA/DUPLIC.		
1250261/1	20/02/2020	1.064,42						

CÁLCULO DO IMPOSTO	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	1.064,42	176,72	0,00	1.064,42
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA
		VALOR DO DESCONTO	0,00	1.064,42
		OUTRAS DESPESAS	0,00	
		VALOR DO IPI	0,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NOME / RAZÃO SOCIAL	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO					
R MARIA CERON VOLPE 2260					
MUNICÍPIO					
SAO JOSE DO RIO PRETO					
QUANTIDADE	ESPECIE	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
8,00	VOLUME(S)	0,11687	63,631	63,631	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO											
027261	ATROPINA 0,25MG, SULFATO (FARMACE) L: AT19G003 Q: 100,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30039099	000	5102	AP	100,00	0,3722	37,22	6,70	0,00	18,00	0,00
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AT-022/19 Q: 100,0000 F: 30/04/19 V: 30/03/2021	30049045	000	5102	AP	100,00	0,9986	99,86	11,98	0,00	12,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19070191 Q: 25,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30049099	000	5102	AP	25,00	4,6992	117,48	21,15	0,00	18,00	0,00
029072	METOPROLOL 1MG/ML, TARTARATO (CRISTALIA) L: 1907014 Q: 10,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30049039	000	5102	AP	10,00	19,9716	199,72	35,95	0,00	18,00	0,00
019015	ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICOG (UNIAO QUIMICA) L: 1939781 Q: 2,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2022	30049099	000	5102	TB	2,00	7,0488	14,10	2,54	0,00	18,00	0,00
029193	ALCOOL 70% 1000ML (CALLAMARYS) L: A7N190208 Q: 12,0000 F: 30/07/19 V: 30/08/2021	22089000	000	5102	L	12,00	5,105	61,26	11,03	0,00	18,00	0,00
025578	AGUA PARA INJECAO 10ML (FARMACE) L: 19M9352C Q: 400,0000 F: 01/12/19 V: 30/12/2021	30039099	000	5102	AP	400,00	0,3102	124,08	22,33	0,00	18,00	0,00
012252	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML S.FECHADO (SANOBIO) L: 19075169 Q: 36,0000 F: 31/07/19 V: 31/07/2021	30049099	000	5102	FR	36,00	4,1164	148,19	17,79	0,00	12,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASIL
S APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1539630 *** O pagamento devera ser realizado nao recebe entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone b. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 22/01/2020
ASS. *João*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente



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

DANFEDOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1250261 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2502 6111 8242 3995

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

135200055589446 21/01/2020 20:19:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

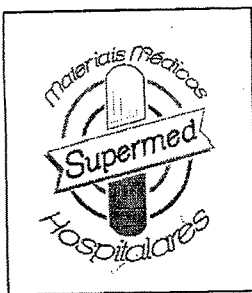
CNPJ

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	ALÍQUOTAS IPI
031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 1219 Q: 300,0000 F: 01/12/19 V: 30/12/2024	63079010	000	5102	PC	300,00	0,0441	13,23	13,23	2,38	0,00	18,00	0,00
015464	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (NEVE PREMIUM IN) L: 19/023 Q: 1,0000 F: 28/02/19 V: 28/02/2024	30059090	000	5102	RO	1,00	11,795	11,80	11,80	2,12	0,00	18,00	0,00
030822	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 1912 Q: 1.500,0000 F: 01/12/19 V: 30/12/2024	30059090	000	5102	PC	1.500,00	0,0235	35,25	35,25	6,35	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290436 Q: 150,0000 F: 19/08/19 V: 18/08/2021	38220090	700	5102	TI	150,00	0,5422	81,33	81,33	14,64	0,00	18,00	0,00
000701	SONDA FOLEY 2 VIAS 30CC No 16 (LABOR IMPORT/SO) L: 09319071 Q: 10,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2024	90183921	700	5102	PC	10,00	1,8797	18,80	18,80	3,38	0,00	18,00	0,00
030296	LUVA DE PROCEDIMENTO TÁMANHO P VINIL (TALGE) L: TLVMU004 Q: 1.000,0000 F: 31/05/18 V: 31/05/2023	39262000	200	5102	PC	1.000,00	0,1021	102,10	102,10	18,38	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranjã Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 53120
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0531 2010 0051 6621

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

135200053978782 21/01/2020 13:23:20

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
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19-05G-REF.490084 LT 1900038860 (6) 09/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900038860) Qtde: 6 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2022)	90183921	040	5102	PC	6	7,8250	46,95					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (5) 06/2021 (Fornecedor: 208-0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	5	12,7000	63,50	63,50	11,43		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	4,2800	17,12	17,12	3,08		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 3743M4 (10) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3743M4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	400	5102	CX	10	5,8200	58,20	58,20	6,98		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 3447M4 (2) 08/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3447M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	2	5,3000	10,60	10,60	1,27		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 3844M4 (2) 09/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3844M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	400	5102	CX	2	5,0800	10,16	10,16	1,22		12,00	
22209	LANCETA MEDISAFE SOLO 23G ROSA C/20-0-TKL LT Z48F414J9 (1) 06/2024 (Fornecedor: 992, Lote: Z48F414J9, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/08/2019, Data Val: 01/06/2024)	90183999	200	5102	CX	1	31,0000	31,00	31,00	5,58		18,00	
45181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G7-44 (1) 11/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G744, Qtde: 1 ,Data Fab: 26/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183111	200	5102	CX	1	56,0000	56,00	56,00	10,08		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0348 (6) 01/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0348, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	90183119	200	5102	CX	6	21,2267	127,36	127,36	15,28		12,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0400 (10) 05/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0400, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183119	200	5102	CX	10	19,1000	191,00	191,00	22,92		12,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PRO21J (1) 11/2022 (Fornecedor: 7934, Lote: PRO21J, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2020-19, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	5102	CX	1	157,8100	157,81	157,81	28,41		18,00	
16981	LUVA P/ PROCED.N.EST.G C/10-LEMGRUBER LT PRO23J (1) 12/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PRO23J, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2020-19, Data Val: 30/12/2023)	40151900	000	5102	CX	1	157,8200	157,82	157,82	28,41		18,00	
13537	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10-MEDSONDA REF.10102141 LT 52623 (10) 10/2023 (Fornecedor: 9657, Lote: 52623, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2023)	90183929	000	5102	PCT	10	6,4200	64,20	64,20	11,56		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA0016 (1) 05/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEEA0016, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90189099	200	5102	PCT	1	17,3000	17,30	17,30	3,11		18,00	
28399	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE-CIAL-DESCARPACK LT SBSAA0001 (3) 07/2024 \ LT SBSAA0002 (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAA0001, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/07/2024 / Fornecedor: 918, Lote: SBSAA0002, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2024)	39269030	500	5102	CX	4	11,5500	46,20	46,20	8,31		18,00	



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 53120
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO
3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0531 2010 0051 6621

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
135200053978782 21/01/2020 13:23:20

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
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-POLABOR (PORT.344/98) LT AS08119 (1) 06/2-021 (Fornecedor: 7736, Lote: AS08119, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 30/06/2021)	30045090	000	5102	CX	1	207,3400	207,34	207,34	24,88		12,00	
12465	SOL.DE RINGER C/LACTATO 500ML 20FR-SANOB LT 19125052 (1) 12/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19125052, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/12/-2019, Data Val: 06/12/2021)	30049099	000	5102	CX	1	51,0400	51,04	51,04	6,13		12,00	

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.06
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

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

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/02/2020
VALOR DO INSS	7.411,22
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	7.411,22

=====

DOCUMENTO: 022013
AUTENTICACAO SISBB: C.4E2.359.4C1.682.A1A

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.06
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	01/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/02/2020
VALOR DO INSS	7.411,22
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	7.411,22

=====

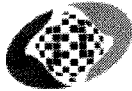
DOCUMENTO: 022013
AUTENTICACAO SISBB: C.4E2.359.4C1.682.A1A

***** VIA CONTRIBUINTE *****

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	01/2020	
		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	7.411,22	
		7 -		
		8 -		
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)		20/02/2020
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.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00	
		11 - TOTAL	7.411,22	
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	01/2020	
		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	7.411,22	
		7 -		
		8 -		
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)		20/02/2020
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.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00	
		11 - TOTAL	7.411,22	
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA				

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

20/02/2020
 211

P): 45.349.461/0008-89
 ulo: Folha Mensal
 npetência: 01/2020

Emissão: 04/02/2020
 Horas: 09:30:08

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Idigo	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
REGADOS							
2329	ALCIONE BOGAZ	1.890,13	0,00	0,00	0,00	9,00	170,11
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	3.153,76	0,00	0,00	0,00	11,00	346,91
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.312,23	0,00	0,00	0,00	11,00	364,34
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.849,47	0,00	0,00	0,00	9,00	166,45
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.869,80	0,00	0,00	0,00	9,00	168,28
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.756,21	0,00	0,00	0,00	9,00	248,05
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	3.052,75	0,00	0,00	0,00	11,00	335,80
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.832,50	0,00	0,00	1.055,46	9,00	164,92
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.910,48	0,00	0,00	0,00	9,00	171,94
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.641,92	0,00	0,00	0,00	8,00	131,35
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	2.524,49	0,00	0,00	0,00	9,00	227,20
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.890,13	0,00	0,00	0,00	9,00	170,11
2135	EDILENE MANOEL	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	2.154,81	0,00	0,00	0,00	9,00	193,93
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.399,29	0,00	0,00	0,00	8,00	111,94
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.416,62	0,00	0,00	0,00	8,00	113,32
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.869,80	0,00	0,00	0,00	9,00	168,28
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	2.770,75	0,00	0,00	0,00	9,00	249,36
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2771	LAIS MARANI SILVA	3.256,21	0,00	0,00	0,00	11,00	358,18
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.849,47	0,00	0,00	0,00	9,00	166,45
2142	LUIS FERNANDO BETONI	2.886,28	0,00	0,00	0,00	9,00	259,76
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.450,13	0,00	0,00	0,00	8,00	116,01
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	2.831,17	0,00	0,00	0,00	9,00	254,80
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	91,88	0,00	0,00	0,00	8,00	7,35
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.890,13	0,00	0,00	0,00	9,00	170,11
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.624,04	0,00	0,00	0,00	9,00	129,92
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.756,21	0,00	0,00	0,00	9,00	248,05
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.676,58	0,00	0,00	0,00	8,00	134,12
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.869,80	0,00	0,00	0,00	9,00	168,28
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.805,88	0,00	0,00	0,00	8,00	144,47
2159	SONIA MARIA RIZZO	1.605,51	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2815	TANIA MARA BARRETO	2.996,97	0,00	0,00	0,00	9,00	267,04
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.620,89	0,00	0,00	0,00	11,00	508,29
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.605,52	0,00	0,00	0,00	8,00	128,44
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	4.424,11	0,00	0,00	0,00	11,00	486,65
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	2.894,57	0,00	0,00	0,00	9,00	260,51
Empregados: 43		Total:	92.274,57	0,00	0,00	1.055,46	8.466,68
Contribuintes: 0		Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total: 43		Total:	92.274,57	0,00	0,00	1.055,46	8.466,68

Resumo Geral das bases de INSS por Faixa

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
ca	0,00	0,00	0,00						
ca	8,00	25.537,41	0,00	2.042,96					
ca	9,00	44.917,21	0,00	4.023,55					
ca	11,00	21.819,95	0,00	2.400,17					
al		92.274,57	0,00	8.466,68	0,00	0,00	1.055,46	0,00	7.411,22

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196. - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:06
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613818317333347300001526110781700000084800

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

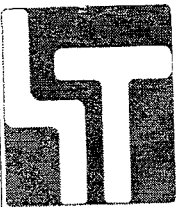
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	22.014
NOSSO NUMERO	6138831733
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	19/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	848,00
JUROS/MULTA	1,13
VALOR COBRADO	849,13

=====

NR.AUTENTICACAO	3.521.C8E.34D.5F6.750
-----------------	-----------------------



Samtronic Indústria e Comércio Ltda

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

N. 000228803
SÉRIE 1
FOLHA 01/01



CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3520 0158 4266 2800 0133 5500 1000 2288 0311 0026 4292

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
135200050489847 20/01/2020 14:51:12-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIE.

CNPJ
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO
20/01/2020

ENDEREÇO
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

VALOR

001
19/02/2020
348,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	848,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				848,00

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 PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
146964519117

QUANTIDADE
1

ESPECIE
CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO
2,430

PESO LÍQUIDO
2,125

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE905200	EQUIPO GIRASEZ R2 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): JAN20905234908008 - Val Idade: 31/01/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	16,96000000	848,00	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

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200050489847
PEDIDO PARA LIQUIDAR ORDEM DE COMRA DE 09/12/2019. 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: 442746 *** Cotacao
Numero: 0220

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 22/01/2020
ASS. *João*

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:06
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613738981303359700002034312981740000094815

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	22.015
NOSSO NUMERO	6137898130
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	23/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	948,15
VALOR COBRADO	948,15

=====

NR.AUTENTICACAO 2.F6F.13C.44E.5E8.837

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA (SUMARÉ) OS PRODUTOS OU SERVIÇOS DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

NF-e

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)Nº 25297
SÉRIE 1DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDAAVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 25297
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3520 0104 0278 9400 0750 5500 1000 0252 9710 0007 5957

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROSPROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200022524046 09/01/2020 23:17:16INSCRIÇÃO 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
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
09/01/2020ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAIDA
09/01/2020MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
23:16

FATURA / DUPLICATA

001 23/02/2020 948,15

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
948,15	170,67	0,00	0,00	948,15
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				948,15

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO 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
29666	CALNATE 30G C/60 ENV- EUFARMA (Lote: 643563A, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/2021)	30049099	000	5102	CX	1	948,1500	948,15	948,15	170,67		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES 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 Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 170,67, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 170,67
Pedido: 28726
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

Convenio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

26/02/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:19:04
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	26/02/2020
NR. DOCUMENTO	553.371.000.055.600
VALOR TOTAL	800,00

***** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: CENE ARACATUBA LTDA
AGENCIA: 3371-5 CONTA: 55.600-9
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211
=====

NR.AUTENTICACAO	5.3A6.EFC.C7E.778.12E
-----------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JA015967 ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
08/03/2020 - AUTOATENDIMENTO - 20.45.06
6790306790 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 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\$ 223,50
DEBITO EM: 26/02/2020

=====

DOCUMENTO: 022601
AUTENTICACAO SISBB: F.8EA.F08.617.EE9.D47

RECEBEMOS DE VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.000.493 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 3520 0102 0450 3600 0117 5500 0000 0004 9319 9845 4945
	Nº 000.000.493 SÉRIE: 0 Página 1 de 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	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200079764388 29/01/2020 17:48:44
INSCRIÇÃO ESTADUAL 326062600110	CNPJ 02045036000117

DESTINATÁRIO/REMETENTE		DATA DA EMISSÃO 29/01/2020
NOME/RAZÃO SOCIAL 1299 - ASSOC. HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)	CNPJ/CPF 45349461000102	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 29/01/2020
ENDEREÇO AV. JOSE ARIANO RODRIGUES 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	HORA DE SAÍDA 17:48:51
MUNICÍPIO LINS	CEP 16400400	
FONE/FAX 1435325198	UF SP	
INSCRIÇÃO ESTADUAL		

FATURA 001 29/02/2020 223,50

CÁLCULO DO IMPOSTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 223,50
BASE DE CÁLCULO DE ICMS VALOR DO ICMS BASE DE CÁLCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DA NOTA 223,50
VALOR DO FRETE VALOR DO SEGURO DESCONTO OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA 223,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL 9-Sem Ocorrência de Transporte	CODIGO ANT	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
7897042005826	LOCAO HIDRAT SKALA KARITE (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\$ 15,65 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	7	5,80	0,00	40,60	0,00	0,00	0,00		
7897042005222	LOCAO HIDRAT SKALA ROSAS (L) Val Aprox Tributos R\$ 17,89 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	8	5,80	0,00	46,40	0,00	0,00	0,00		
7897042008735	LOCAO HIDRAT SKALA LAVANDA (L) Val Aprox Tributos R\$ 15,65 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	7	5,80	0,00	40,60	0,00	0,00	0,00		
7897042005833	LOCAO HIDRAT SKALA PROT LEITE (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		
7896094903234	LACTO PURGA C/6 COMP (-) Val Aprox Tributos R\$ 0,83 (26,75%) Fonte:	30049099	0500	5405	UN	1	3,10	0,00	3,10	0,00	0,00	0,00		
7896714224138	PLESONAX C/4 COMP (-) Val Aprox Tributos R\$ 1,91 (18,75%) Fonte:	30049069	0500	5405	CX	6	1,70	0,00	10,20	0,00	0,00	0,00		
7896004723587	DOMPERIDONA 10 MG C/30 COMP (-) Val Aprox Tributos R\$ 3,00 (26,75%) Fonte:	30049099	0500	5405	CX	1	11,20	0,00	11,20	0,00	0,00	0,00		
7896026300247	BEROTEC GTS 20ML (+) Val Aprox Tributos R\$ 3,32 (26,75%) Fonte:	30049039	0500	5405	VD	2	6,20	0,00	12,40	0,00	0,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Número do Protocolo: 135200079764388 Trib aprox R\$: 81,81 Fed 0,00 Est 0,00 Mun Fonte: Tributos Totais Incidentes (Lei Fed 12.741/2012): R\$ 81,81 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 PISN	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 29/01/2020 ASS. <i>João</i>
--	--

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COL. 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
7897042004867	COND SKALA JABORANDI (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		
7897042005192	SH SKALA JABORANDI (L) Val Aprox Tributos R\$ 2,35 (38,55%) Fonte:	33051000	0500	5405	UN	1	6,10	0,00	6,10	0,00	0,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135200079764388

Trib aprox R\$: 81,81 Fed 0,00 Est 0,00 Mun Fonte: Tributos Totais Incidentes (Lei Fed 12.741/2012): R\$

81,81 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 113-W DO RICMS

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Uma das Dependências do Hospital

08/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 20:45:06
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790002079000000215527011955005181770000011760

BENEFICIARIO:
CIRURGICA PAULISTA COMERCIO DE MATE

NOME FANTASIA:
CIRURGICA PAULISTA
CNPJ: 05.768.154/0001-41

PAGADOR:
ASSOCIACAO BENEFICENTE DE BILAC - S
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	22.602
DATA DE VENCIMENTO	26/02/2020
DATA DO PAGAMENTO	26/02/2020
VALOR DO DOCUMENTO	117,60
VALOR COBRADO	117,60

=====

NR.AUTENTICACAO 3.E77.7F7.991.8CC.6F4



AV. TIRADENTES, 1309
FRAGATA
17519-000 - MARILIA (SP)
FONE: 14-3413-9949 FAX: 14-3413-9949
EMAIL: vendas@cirurgicapaulista.med.br
www.cirurgicapaulista.com.br

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº: 000100314
SÉRIE: 1
Folha: 1/1

CHAVE DE ACESSO
35-2001-05.768.154/0001-41-55-001-000.100.314-158.896.507-2

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
135.200.077.084.630 29/01/2020 08:07:26

NATUREZA DE OPERAÇÃO
VENDA
INSCRIÇÃO ESTADUAL 438.210.594.110
INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
CNPJ 05.768.154/0001-41

DESTINATÁRIO/REMETENTE
NOME/RAZÃO SOCIAL 8690-ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE BILAC - S.P.
ENDEREÇO RUA 07 DE SETEMBRO, 529
MUNICÍPIO BILAC
FONE/FAX 18-3659-1243
BAIRRO/DISTRITO CENTRO
UF SP
CEP 16210-000
DATA DA EMISSÃO 29/01/2020
DATA DA ENTRADA/SAÍDA 29/01/2020
HORA DA SAÍDA 08:07:10

LOCAL DE ENTREGA

FATURA/DUPLICATA
000100314-1 - CARTEIRA - 26/02/20 - R\$ 117,60

CÁLCULO DO IMPOSTO
BASE 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 117,60
VALOR DO FRETE 0,00
VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTOS 0,00
OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPI 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA FISCAL 117,60

TRANSPORTADOR/VOLUME TRANSPORTADO
RAZÃO SOCIAL
FRETE POR CONTA 1 - DESTINATÁRIO
CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO
UF
CPF / CNPJ
ENDEREÇO
MUNICÍPIO
UF
IE
QUANTIDADE 1
ESPÉCIE
MARCA
NUMERAÇÃO
PESO BRUTO 0,000
PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO
CÓDIGO 3940
MSQ) DESCRIÇÃO TUBO DE SILICONE 203 - KINNER MED
LOTE: 26895 / DT VAL: 02/08/2021
Val Aprox Tributos R\$ 6,54 Fed R\$ 21,17 Est R\$ 0,00 Mun FONTE:
NCM/SH 39173240
CST 040
CFOP 5102
UNID MT
QUANTIDADE 20
VALOR UNITÁRIO 5,8800
VALOR TOTAL 117,60
BASE CALC ICMS
VALOR ICMS
VALOR IPI 0,00
ALÍQUOTA ICMS IPI 0

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DANFE PARA TODAS AS OPERAÇÕES.
BANCO DO BRASIL AG: 6605-2 C/C: 1791-4
Valor Aprox Tributos R\$ 6,54 - Fed, R\$ 21,17 - Est, R\$ 0,00 - Mun FONTE:

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 31/10/2020
ASS. *João*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G336081733099066824
08/03/2020 20:58:39

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

Data 27/02/2020 Valor R\$ 1.757,21 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 85, 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 setecentos e cinquenta e sete reais e vinte e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:58:39

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	21909	00115

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias	De Abono
04/10/2018 A 03/10/2019	03/03/2020 A 01/04/2020 = 30 Dias	

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.191,49
Média Horas:	17,33
Média Valores:	17,50
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CALCULO:	1.435,32

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.435,32	P
1/3 das Férias:	478,44	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:	156,55	D
Desconto do imposto de Renda:	0,00	
TOTAL DOS PROVENTOS:	1.913,76	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	156,55	D
TOTAL LIQUIDO:	1.757,21	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\$ 1.757,21 (um mil setecentos e cinquenta e sete reais e vinte e um centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 31/01/2020

IZABEL CRISTINA DE SOUZA

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\$ 1.757,21 (um mil setecentos e cinquenta e sete reais e vinte e um centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 28/02/2020
MIRANDOPOLIS

IZABEL CRISTINA DE SOUZA



G336081733099066824
08/03/2020 20:58:39

Aviso de lançamento

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

Data 27/02/2020 Valor R\$ 2.172,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 85, 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.

(Dois mil e cento e setenta e dois reais e setenta 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 08/03/2020 20:58:39

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Mina 28/02

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Número Carteira Profissional 64885	Série 00154
--	---------------------------------------	----------------

PERÍODOS

De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 01/03/2020 A 30/03/2020 = 30 Dias	De Abono
---	---	----------

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.397,71
Média Horas:	182,87
Média Valores:	14,00
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CALCULO:	1.803,58

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.803,58	P
1/3 das Férias:	601,19	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:	210,20	D
Desconto do imposto de Renda:	21,79	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	2.404,77	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	231,99	D
TOTAL LIQUIDO:	2.172,78	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\$ 2.172,78 (dois mil cento e setenta e dois reais e setenta e oito centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE,

Data: 31/01/2020

ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA

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\$ 2.172,78 (dois mil cento e setenta e dois reais e setenta e oito centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 28/02/2020
MIRANDOPOLIS

ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

28/02/2020
211



Aviso de lançamento

G336081733099066824
08/03/2020 20:58:39

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

Data 27/02/2020 Valor R\$ 1.998,51 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 85, 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 novecentos e noventa e oito reais e cinquenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO MONTEIRO PINOTTI AFFONSO em 08/03/2020 20:58:39

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	040637	00115

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias	De Abono
04/10/2018 A 03/10/2019	01/03/2020 A 30/03/2020 = 30 Dias	

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.397,71
Média Horas:	13,44
Média Valores:	16,33
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CALCULO:	1.636,48

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.636,48	P
1/3 das Férias:	545,49	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:	183,46	D
Desconto do imposto de Renda:	0,00	
TOTAL DOS PROVENTOS:	2.181,97	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	183,46	D
TOTAL LIQUIDO:	1.998,51	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\$ 1.998,51 (um mil novecentos e noventa e oito reais e cinquenta e um centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE, Data: 31/01/2020

ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

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\$ 1.998,51(um mil novecentos e noventa e oito reais e cinquenta e um centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 28/02/2020
MIRANDOPOLIS

ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	24/02	25/02	26/02	27/02	28/02	29/02	01/03
Diurno 07:00 19:00							Cesar Lopes 160017
Noturno 19:00 07:00							Cesar Lopes 160017

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	02/03	03/03	04/03	05/03	06/03	07/03	08/03
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355						
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017						
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Cleber Brito 166687
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Cleber Brito 166687

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	09/03	10/03	11/03	12/03	13/03	14/03	15/03
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355				João Oliveira 156158		
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017				Cleber Brito 166687		
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687		Nathalia Barreto 155355	Denis Dourado 121711
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Bruna Mello 166864	Denis Dourado 121711

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	16/03	17/03	18/03	19/03	20/03	21/03	22/03
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355						
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017						
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	João Oliveira 156158	Cleber Brito 166687	João Oliveira 156158	Bruna Mello 166864	Cesar Lopes 160017
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Cesar Lopes 160017	Cleber Brito 166687	Carlos Rocha 112846	Bruna Mello 166864	Cesar Lopes 160017

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	23/03	24/03	25/03	26/03	27/03	28/03	29/03
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355						
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017						
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	João Oliveira 156158	Cleber Brito 166687	João Oliveira 156158	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
	30/03	31/03	01/04	02/04	03/04	04/04	05/04
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355						
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017						
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355					
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846					

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Nome	Identificação	Contato
Bruna Mello	166864	44991057454
Carlos Eduardo Mendonça da Rocha	112846	18996053566
Cesar Lopes	160017	19982047600

D4Sign 5556036e-5c2b-4963-a27b-64f69d918d26 - Para confirmar as assinaturas acesse <https://secure.d4sign.com.br/verificar>

Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Nome	Identificação	Contato
Cleber Brito	166687	14998815151
Nathalia Barreto	155355	18996915767
João Oliveira	156158	11982292440
Denis Dourado	121711	18997574832
Lucas Peron	201072	34092501030

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196. - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Escala UTI Mirandópolis 03 2020.pdf

Código do documento 5556036e-5c2b-4963-a27b-64f69d918d26



Assinaturas

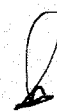


ERICO MODENUTI
contato@wintermed.com.br
Assinou

Erico Modenuti



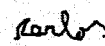
Cesar Augusto Ferreira lopes
cesaraflopes@hotmail.com
Assinou



Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou



carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou



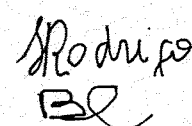
Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou



Lucas Antonio Peron
lucasantonioperon@yahoo.com.br
Assinou



João Rodrigo Oliveira
jrodrigooliveira@hotmail.com
Assinou



Bruna Raísa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou



DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO
denisdourado@yahoo.com.br
Assinou



Eventos do documento

26 Feb 2020, 12:16:50

Documento número 5556036e-5c2b-4963-a27b-64f69d918d26 **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-02-26T12:16:50-03:00

26 Feb 2020, 12:20:19

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email:



contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-02-26T12:20:19-03:00

26 Feb 2020, 12:20:40

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 187.92.216.194 (187-92-216-194.customer.tdatabrasil.net.br porta: 31232) - Geolocalização: -22.033007599999998 -47.8839403 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-02-26T12:20:40-03:00

26 Feb 2020, 12:34:33

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 177.25.193.49 (ip-177-25-193-49.user.vivozap.com.br porta: 34180) - Geolocalização: -21.672061021241127 -49.75535023301954 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-02-26T12:34:33-03:00

26 Feb 2020, 14:58:58

LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 189.40.88.111 (111.88.40.189.isp.timbrasil.com.br porta: 40216) - Geolocalização: -21.205606739999993 -50.429684279999975 - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE_ATOM: 2020-02-26T14:58:58-03:00

26 Feb 2020, 18:40:48

DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO **Assinou** (Conta e5014d42-687b-473e-b1df-261abc4844eb) - Email: denisdourado@yahoo.com.br - IP: 186.194.179.29 (wlan-186-194-179-29.clickrede.com.br porta: 57504) - Documento de identificação informado: 283.288.368-07 - DATE_ATOM: 2020-02-26T18:40:48-03:00

27 Feb 2020, 13:19:23

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: 52276) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-02-27T13:19:23-03:00

28 Feb 2020, 15:35:21

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: 8932) - Geolocalização: -21.125033649517952 -51.10311237142486 - Documento de identificação informado: 137.028.068-81 - DATE_ATOM: 2020-02-28T15:35:21-03:00

29 Feb 2020, 17:18:05

NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 138.186.39.136 (138.186.39.136 porta: 7256) - Geolocalização: -20.89411703691634 -51.374317301458326 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-02-29T17:18:05-03:00

02 Mar 2020, 07:11:32

BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com - IP: 182.253.88.159 (182.253.88.159 porta: 18122) - Geolocalização: -8.506415873049928 115.25390212133551 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM:



5 páginas - Dados e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 05 de março de 2020, 15:02:54



2020-03-02T07:11:32-03:00

04 Mar 2020, 11:12:14

JOÃO RODRIGO OLIVEIRA **Assinou** (Conta cdc749b5-35d5-4700-b29a-ea1828c83860) - Email: jrodrigooliveira@hotmail.com - IP: 191.253.3.225 (wlan-191-253-3-225.clickrede.com.br porta: 9844) - Documento de identificação informado: 321.991.548-58 - DATE_ATOM: 2020-03-04T11:12:14-03:00

Hash do documento original

(SHA256):12fee0159d4a93415f9cd7394361f2d5a77b4408972b5f452565034592d2d1dc

(SHA512):1b6dd01c7a41722b74595bfc64d60ca321627e79f19bd2f4213be896175b8cd582606d1ac483e27cde95212745915ca345490ed8981352202519584ec041484a

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 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **IZABEL CRISTINA DE SOUZA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Relatório	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	07:08	15:00	16:02	19:08	10:58	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	06:42	12:28	14:07	19:01	10:40	00:00	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	06:50	14:00	15:00	19:07	11:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	06:51	12:26	13:31	19:06	11:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	06:45	14:02	15:00	19:09	11:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	06:50	13:58	14:57	19:10	11:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:46	12:53	13:52	19:05	11:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	07:02	13:48	14:46	18:59	10:59	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	06:45	12:13	13:17	19:06	11:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	06:52	10:22	11:41	19:05	10:54	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	06:39	12:10	13:08	19:06	11:00	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	18:31	20:41	21:38	06:35	11:00	00:00	08:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	06:44	12:09	13:39	19:07	10:53	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	06:56	12:17	13:29	19:04	10:56	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					153:20	00:00	08:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

IZABEL CRISTINA DE SOUZA
 IZABEL CRISTINA DE SOUZA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	11:46	17:03	17:21	18:09	05:45	00:15	00:00
22/12 dom	12:01	16:50	17:02	18:07	05:45	00:15	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	11:44	14:25	14:41	18:07	05:45	00:15	00:00
25/12 qua	12:04	16:42	16:55	17:54	05:45	00:15	00:00
26/12 qui	11:42	12:15	12:30	18:02	05:45	00:15	00:00
27/12 sex	11:55	12:07	12:24	18:00	05:45	00:15	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	11:55	17:10	17:31	18:10	05:45	00:15	00:00
31/12 ter	11:41	17:28	17:42	18:14	05:45	00:15	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	11:42	15:10	15:26	17:52	05:45	00:15	00:00
03/01 sex	11:52	16:08	16:24	18:07	05:45	00:15	00:00
04/01 sab	11:48	16:15	16:30	17:48	05:45	00:15	00:00
05/01 dom	11:50	14:48	15:08	18:01	05:45	00:15	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	11:40	15:32	16:06	17:48	05:26	00:15	00:00
08/01 qua	11:43	12:14	12:25	17:58	05:45	00:15	00:00
09/01 qui	12:02	20:37	21:20	23:58	05:17	00:15	02:14
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	11:43	15:02	15:18	18:11	05:45	00:15	00:00
12/01 dom	11:53	15:02	15:17	18:14	05:45	00:15	00:00
13/01 seg	06:07	13:02	14:01	17:54	05:01	00:15	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	11:42	15:17	15:35	18:09	05:45	00:15	00:00
16/01 qui	11:45	15:02	15:15	18:25	05:45	00:15	00:00
17/01 sex	11:39	16:09	16:24	17:57	05:45	00:15	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 21 dias, 10 folgas/feriados					119:14	05:15	02:14

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **MARCIA MAIARA POSSENTI**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

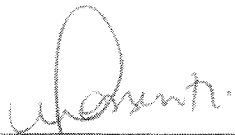
Função **AUX
ADMINISTRATIVO**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Referência	Total Not.
21/12 sab	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
03/01 sex	07:42	11:23	12:50	17:00			07:51	00:00	00:00
04/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
06/01 seg	08:09	12:44	13:03	16:50			08:22	00:00	00:00
07/01 ter	07:56	11:08	12:45	16:04			06:31	00:00	00:00
08/01 qua	07:57	11:59	12:59	16:45			07:48	00:00	00:00
09/01 qui	07:51	11:13	12:36	17:04			07:50	00:00	00:00
10/01 sex	08:02	11:25	12:56	17:12	22:02		07:39	00:00	00:00
11/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
13/01 seg	07:34	11:50	12:54	16:44			08:06	00:00	00:00
14/01 ter	07:24	11:37	13:11	16:41			07:43	00:00	00:00
15/01 qua	07:10	11:16	12:34	16:24			07:56	00:00	00:00
16/01 qui	07:24	11:26	12:39	14:06			05:29	00:00	00:00
17/01 sex	07:14	11:17	12:41	16:32			07:54	00:00	00:00
18/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
20/01 seg	07:19	11:37	12:42	16:30			08:06	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 6 folgas/feriados, 13 afastamentos							91:15	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS. COLUNA HORA EXTRA SUPRIMIDA MANUALMENTE

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Móvel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
 5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
 10/99 [Atraso+Extra A]
 Falta [Só Atraso] (feriado)


 MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário LUIS FERANDO BETONI
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
 FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Faltas	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	11:55	15:35	15:50	18:04	05:45	00:15	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:00	08:50	09:05	12:17	05:45	00:15	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	11:55	16:00	16:15	18:15	05:45	00:15	00:00
29/12 dom	11:50	17:25	17:52	18:08	05:45	00:27	00:00
30/12 seg	17:50	21:25	21:40	00:00	05:45	00:15	02:17
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	06:08	11:20	11:35	12:05	05:45	00:15	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	17:57	22:05	22:20	23:55	05:45	00:15	02:11
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	11:53	15:35	15:50	18:03	05:45	00:15	00:00
07/01 ter	06:02	11:00	11:15	12:01	05:45	00:15	00:00
08/01 qua	17:56	21:05	21:20	23:50	05:45	00:15	02:05
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	17:59	20:40	20:55	23:51	05:45	00:15	02:06
11/01 sab	17:58	19:45	20:00	23:50	05:45	00:15	02:05
12/01 dom	17:56	20:15	20:30	23:50	05:45	00:15	02:05
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	17:56	21:00	21:15	23:51	05:45	00:15	02:06
15/01 qua	18:02	21:30	21:45	23:51	05:45	00:15	02:06
16/01 qui	18:20	20:45	21:00	23:57	05:22	00:15	02:13
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	11:52	17:15	17:30	18:16	05:45	00:15	00:00
19/01 dom	11:48	16:45	17:00	18:10	05:45	00:15	00:00
20/01 seg	11:55	16:35	16:50	18:10	05:45	00:15	00:00
TOTAL: 19 dias, 12 folgas/feriados					108:52	04:57	19:14

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 às 13:00 - Mirandópolis - Início: Segunda
 7 dias x 07:00-10:00 R 10:15-13:00 = 05:45 Sem Folga
 15/5 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


 LUIS FERANDO BETONI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not
21/12 sab	06:58	12:34	13:48	18:00	09:48	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	06:51	12:17	14:21	19:27	10:32	00:00	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:47	12:04	13:13	18:08	10:12	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	06:47	12:03	13:27	18:37	10:26	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	06:50	12:32	13:36	18:03	10:09	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	06:49	12:13	13:23	18:03	10:04	00:00	00:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	06:47	12:12	13:14	18:02	10:13	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	06:46	12:07	13:11	18:00	10:10	00:00	00:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	06:56	12:19	14:26	19:04	10:01	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	06:51	12:14	13:43	18:30	10:10	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	06:50	12:29	14:00	18:33	10:12	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	06:54	11:49	12:59	18:03	09:59	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	06:50	12:12	13:10	18:05	10:17	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	06:47	12:07	14:05	19:05	10:20	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					142:33	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de 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 Rocha
 KELLY CRISTINA RAMOS
 ROCHA

18/03/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 17 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Hor.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	07:07	13:11	14:14	19:08	10:58	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	06:38	13:19	14:25	19:04	11:00	00:00	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	06:52	13:28	14:19	19:08	11:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	06:51	13:09	14:10	19:08	11:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:46	12:56	13:54	19:04	11:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	07:02	13:07	13:56	18:59	11:00	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	06:45	13:00	13:56	19:05	11:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	06:39	13:02	14:02	18:58	11:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	06:52	10:21	11:41	19:03	10:51	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	06:39	13:16	14:17	19:04	11:00	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	06:43	13:01	13:59	18:12	10:31	00:00	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	06:43	13:08	14:05	19:06	11:00	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	06:56	11:06	12:02	19:03	11:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:20	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de 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 CRISTINA DIAS
BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 10 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Rateio	Total Not.
21/12 sab	18:49	20:26	21:15	07:02	11:00	00:00	08:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	19:03	20:03	21:16	07:00	10:44	00:00	08:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	19:04	19:57	20:56	06:57	10:54	00:00	08:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	19:05	20:35	21:20	07:00	11:00	00:00	08:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 5 folgas/feriados, 22 afastamentos					43:38	00:00	32:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario CAMILA DONATO INNOCENCIO
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada	Saida	Trabalhou	Refeicao	Total Not.
21/12 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de 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 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 4 de 44
 Impresso em 09/03/2020 15:15

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Retencao	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	06:47	13:11	14:14	19:04	11:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	06:48	13:21	14:20	19:10	11:00	00:00	00:00
31/12 ter	06:48	12:06	13:08	19:10	11:00	00:00	00:00
01/01 qua	07:07	12:09	13:04	19:10	11:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:46	10:04	11:02	19:03	11:00	00:00	00:00
04/01 sab	06:47	11:55	12:57	18:59	11:00	00:00	00:00
05/01 dom	06:46	13:17	14:22	18:58	11:00	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	06:47	12:59	13:55	19:04	11:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	06:51	13:02	14:03	18:58	11:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	06:46	13:10	14:06	19:02	11:00	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	06:48	13:00	14:00	19:05	11:00	00:00	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 20 folgas/feriados					121:00	00:00	00:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movei (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 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 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 35 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:15

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhados	Refeição	Total Not
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	17:48	19:59	20:56	07:04	11:00	00:00	08:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	18:51	20:01	20:57	07:02	11:00	00:00	08:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	18:49	20:24	21:11	07:02	11:00	00:00	08:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	19:49	20:33	21:24	07:11	10:31	00:00	08:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	18:51	20:00	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	18:57	20:03	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	18:53	19:50	21:14	07:02	10:45	00:00	08:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	18:49	20:37	21:32	07:10	11:00	00:00	08:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	18:50	20:08	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	19:01	20:31	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	18:48	20:35	21:31	07:01	11:00	00:00	08:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	18:53	20:27	21:25	07:08	11:00	00:00	08:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	18:50	19:45	20:42	07:00	11:00	00:00	08:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:16	00:00	104:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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)

Sônia dos Santos Rocha
SONIA DOS SANTOS ROCHA
11/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 11 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not
21/12 sab	07:05	12:30	13:32	19:22	11:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	07:06	12:34	13:41	19:29	11:00	00:00	00:00
24/12 ter	07:02	13:28	14:28	19:04	11:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:58	11:05	12:06	19:20	11:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	07:02	12:08	13:11	19:12	11:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	07:02	12:18	13:28	19:17	11:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	07:06	13:06	14:14	19:09	10:55	00:00	00:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	06:59	12:39	13:40	19:09	11:00	00:00	00:00
09/01 qui	07:06	12:04	13:09	18:52	10:41	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	07:03	12:33	13:39	19:14	11:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	06:58	12:12	13:18	19:11	11:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	06:56	12:00	13:02	19:08	11:00	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	06:59	11:05	12:00	19:06	11:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:36	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de 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 PASCOALETO
VENDRAME

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 41 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Mot.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	06:36	12:59	13:33	15:06	07:00	00:34	00:00
24/12 ter	07:13	11:01	11:21	13:27	05:54	00:20	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	08:06	12:47	13:47	18:21	07:00	01:00	00:00
27/12 sex	02:02				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	06:59				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	06:59	17:48	18:44	19:51	07:00	00:56	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	08:05	13:11	14:10	16:18	07:00	00:59	00:00
03/01 sex	08:42	12:32	13:24	17:06	07:00	00:52	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	07:30	12:41	13:33	16:34	07:00	00:52	00:00
07/01 ter	08:10	12:40	13:48	16:01	06:43	01:00	00:00
08/01 qua	07:57	13:24	14:20	15:36	06:43	00:56	00:00
09/01 qui	07:36	13:13	14:03	16:33	07:00	00:50	00:00
10/01 sex	08:29	12:40	13:27	16:04	06:48	00:47	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	07:03	13:01	14:31	18:38	07:00	01:00	00:00
14/01 ter	07:03	13:15	14:09	16:00	07:00	00:54	00:00
15/01 qua	07:06	13:07	17:07	20:11	07:00	01:00	00:00
16/01 qui	07:06	11:46	12:55	17:11	07:00	01:00	00:00
17/01 sex	08:32	12:24	13:44	22:28	07:00	01:00	00:32
18/01 sab	11:23	17:33			00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	07:04	13:00	14:00	16:16	07:00	01:00	00:00
TOTAL: 18 dias, 13 folgas/feriados					117:08	15:00	00:32

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movei (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

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **GISLAINE MACHADO MORABITO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeição	Total Net.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	06:56	12:11	13:19	18:04	10:00	00:00	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	06:46	12:29	13:27	19:07	11:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	07:01	12:09	13:07	19:07	11:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	06:53	12:23	13:21	20:05	11:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	07:06	13:37	14:30	19:09	11:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 8 folgas/feriados, 18 afastamentos					54:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196. - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de 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]
 Faltas [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


 GISLAINE MACHADO
 MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 15 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	19:06	19:36	20:26	06:58	11:00	00:00	08:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	18:51	20:55	21:50	07:04	11:00	00:00	08:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	19:03	20:24	21:11	07:03	11:00	00:00	08:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	18:59	20:33	21:24	07:00	11:00	00:00	08:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	18:58	20:19	21:11	07:02	11:00	00:00	08:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	19:01	20:00	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	19:08	20:03	20:56	07:00	10:59	00:00	08:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	19:04	19:50	20:43	07:02	11:00	00:00	08:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	19:00	20:35	21:31	07:10	11:00	00:00	08:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	18:59	20:11	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	18:53	20:31	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	19:02	20:35	21:31	07:00	11:00	00:00	08:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	19:03	20:27	21:24	07:08	11:00	00:00	08:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	18:59	19:45	20:42	07:00	11:00	00:00	08:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					153:59	00:00	112:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de 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
11/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 13 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	18:50	20:30	21:30	06:56	11:00	00:00	08:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	18:44	20:02	21:02	07:06	11:00	00:00	08:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	18:51	20:22	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	18:53	20:23	21:25	07:02	11:00	00:00	08:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	18:55	20:32	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	18:50	20:23	21:23	07:01	11:00	00:00	08:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	18:51	20:25	21:23	07:03	11:00	00:00	08:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	18:51	20:20	21:17	07:01	11:00	00:00	08:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	18:54	20:23	21:23	07:01	11:00	00:00	08:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	18:49	20:32	21:32	07:01	11:00	00:00	08:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	18:53	20:32	21:31	07:00	11:00	00:00	08:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	18:48	20:30	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	18:54	20:28	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	18:53	20:34	21:34	07:01	11:00	00:00	08:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	112:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


DEBORA CRISTINA LOCHE
11/13/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Reflexão	Total NoL
21/12 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	18:53	20:00	20:51	07:03	11:00	00:00	08:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	18:47	20:03	20:56	07:03	11:00	00:00	08:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	17:43	19:50	20:44	07:15	11:00	00:00	08:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	17:51	20:34	21:31	07:12	11:00	00:00	08:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	18:50	20:08	21:01	21:05	01:22	00:00	00:00
12/01 dom	07:12				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	19:46	20:30	22:00	07:07	09:51	00:00	08:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	18:57	20:35	21:31	07:12	11:00	00:00	08:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	19:00	20:27	21:25	07:06	11:00	00:00	08:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	18:57	19:45	20:43	07:55	11:00	00:00	08:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 9 folgas/feriados, 13 afastamentos					88:13	00:00	64:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo

Horário Movei (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Alessandra Aguiar Salesse
 ALESSANDRA AGUIAR
 SALESSE
 13/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 30 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Retencao	Total Not.
21/12 sab	05:53	10:40	10:55	12:01	05:45	00:15	00:00
22/12 dom	05:52	10:44	10:59	12:12	05:45	00:15	00:00
23/12 seg	17:47	20:07	20:20	23:51	05:45	00:13	02:06
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	17:44	19:47	20:04	00:03	05:45	00:17	02:20
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	05:50	10:51	11:06	12:15	05:45	00:15	00:00
29/12 dom	05:58	10:46	10:52	12:05	05:45	00:06	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	05:49	10:54	11:10	12:01	05:45	00:16	00:00
01/01 qua	11:43	16:27	16:41	18:17	05:45	00:14	00:00
02/01 qui	17:46	20:05	20:13	23:51	05:45	00:08	02:06
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	17:43	19:33	19:50	23:57	05:45	00:17	02:13
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	11:52	16:25	16:38	18:12	05:45	00:13	00:00
11/01 sab	05:50	10:28	10:40	12:00	05:45	00:12	00:00
12/01 dom	05:51	09:50	10:06	12:08	05:45	00:16	00:00
13/01 seg	17:44	19:40	19:50	00:01	05:45	00:10	02:18
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	05:52	10:35	10:46	12:02	05:45	00:11	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	05:55	10:37	10:51	12:06	05:45	00:14	00:00
18/01 sab	05:53	10:55	11:11	12:07	05:45	00:16	00:00
19/01 dom	05:52	10:46	10:57	12:05	05:45	00:11	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 18 dias, 13 folgas/feriados					103:30	03:59	11:03

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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 21/12/2019 a 20/01/2020

página 35 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

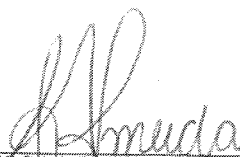
Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDOPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/12 sab	06:55	13:42	14:59	19:34			10:48	00:00	00:00
22/12 dom	06:55	13:12	14:15	19:33			11:00	00:00	00:00
23/12 seg	07:03	18:13	18:42	19:27			11:55	00:00	00:00
24/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
27/12 sex	06:49	15:10	16:19	19:12			11:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
29/12 dom	07:04	13:11	14:15	17:52			09:44	00:00	00:00
30/12 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
31/12 ter	06:58	13:12	14:09	19:23			11:00	00:00	00:00
01/01 qua	06:55	15:32	16:50	19:17			11:00	00:00	00:00
02/01 qui	07:02	14:55	15:56	19:15			11:00	00:00	00:00
03/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
06/01 seg	06:58	12:20	13:09	19:11			11:00	00:00	00:00
07/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
08/01 qua	09:16	15:36					06:20	00:00	00:00
09/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
10/01 sex	07:00	14:04	15:15	20:36			10:49	00:00	00:00
11/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
12/01 dom	06:58	13:25	14:25	19:08			11:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
14/01 ter	06:56	13:36	14:37	19:09	19:25		11:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
16/01 qui	07:00	14:32	15:41	21:15			10:51	00:00	00:00
17/01 sex	09:29	12:18					02:49	00:00	00:00
18/01 sab	06:53	13:29	14:43	19:23			11:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados							162:16	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio


PRISCILA SANTOS LEITE DE
12/03/2020

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 21/12/2019 a 20/01/2020

página 31 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Tempo Tot	Retenções	Total Not.
21/12 sab	07:00	14:08	15:30	19:23	11:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	07:03	14:34	15:38	19:45	10:53	00:00	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	07:00	13:33	14:38	19:11	11:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	07:06	13:21	14:26	19:10	10:59	00:00	00:00
01/01 qua	07:02	13:21	14:21	19:07	11:00	00:00	00:00
02/01 qui	07:32	13:31	14:35	19:04	10:28	00:00	00:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	13:17				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	06:59	14:33	15:38	19:06	11:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	07:06	13:48	14:50	19:08	11:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	07:02	14:02	15:08	19:10	11:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	07:01	13:11	14:17	19:08	11:00	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	07:07	12:43	13:42	19:02	10:56	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	07:02	14:29	15:33	19:06	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					131:16	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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

31/03/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 42 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total No
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	06:48	13:15	14:13	19:08	11:00	00:00	00:00
23/12 seg	06:42	14:16	15:16	19:23	11:41	00:00	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	06:45	13:28	14:18	19:07	11:32	00:00	00:00
27/12 sex	06:46	13:20	14:17	19:11	11:00	00:00	00:00
28/12 sab	06:47	13:09	14:07	19:07	11:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	06:49	13:38	14:30	19:09	11:00	00:00	00:00
02/01 qui	06:49	12:16	13:09	19:05	11:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:46	12:57	13:54	19:04	11:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	06:46	13:06	14:00	18:58	11:00	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	06:47	13:00	13:55	19:05	11:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	06:48	12:01	12:59	19:01	11:00	00:00	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	06:49	13:04	14:00	19:07	11:00	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	06:50	12:56	13:53	19:04	11:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					144:13	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandt Faria" de Mirandópolis
Tipo de 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

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 7 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Referencia	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	06:49	12:38	13:43	19:01	11:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:51	13:12	14:09	19:16	11:00	00:00	00:00
26/12 qui	06:56	13:14	14:10	19:10	11:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	06:54	13:08	14:12	19:02	11:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:50	12:03	12:53	19:05	11:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	06:47	13:08	14:04	19:00	11:00	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	06:50	13:02	14:01	20:45	11:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	06:49	12:17	13:13	18:02	10:17	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	06:50	12:13	13:13	21:42	11:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	06:49	12:16	13:09	19:59	11:00	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	06:57	12:01	12:59	19:06	11:00	00:00	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	06:49	13:43	14:37	19:18	11:35	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					131:52	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de 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]
 Faltas [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C.C. Silva
 BIANCA CAETANO COSTA
 SILVA
 11/03/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 39 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário SONIA MARIA RIZZO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	06:52	12:14	13:10	19:07	11:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	06:54	12:11	13:16	19:02	11:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:56	11:05	12:01	19:13	11:00	00:00	00:00
26/12 qui	06:47	12:17	13:11	19:06	11:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	06:47	12:09	13:07	19:08	11:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	06:53	12:22	13:14	19:09	11:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:52	12:00	12:56	19:02	11:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	06:46	11:59	12:58	18:58	11:00	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	06:47	12:00	13:00	19:05	11:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	06:49	12:01	13:01	18:58	11:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	06:53	12:13	13:14	19:02	11:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	06:46	12:17	13:12	19:02	11:00	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	06:49	12:01	12:59	19:04	11:00	00:00	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	06:53	13:07	14:05	19:07	11:00	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	06:53	12:51	13:48	19:03	11:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					165:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandt Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)Sonia M. Rizzo
SONIA MARIA RIZZO
11/03/2020ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 34 de 44
 Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/12 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:47	11:39	12:47	19:01	11:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	06:59	11:28	12:32	18:58	10:55	00:00	00:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	06:59	11:53	12:57	19:03	11:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	06:55	11:45	12:51	19:01	11:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	06:54	11:56	13:06	19:02	10:58	00:00	00:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	07:00	11:49	13:04	19:03	10:48	00:00	00:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	07:10	11:45	12:51	19:05	10:49	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	06:57	11:43	12:47	19:03	11:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 8 dias, 11 folgas/feriados, 12 afastamentos					87:30	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de 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 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 32 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/12 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
25/12 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de 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 21/12/2019 a 20/01/2020

página 26 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	18:58	19:36	20:26	06:56	11:00	00:00	08:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	18:47	19:59	20:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	18:55	20:01	21:03	07:01	11:00	00:00	08:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	18:56	20:33	21:25	07:01	11:00	00:00	08:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	18:54	20:19	21:11	07:02	11:00	00:00	08:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	18:59	20:00	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	18:49	20:03	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	19:00	19:50	21:16	07:02	10:36	00:00	08:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	18:51	20:34	21:31	07:09	11:00	00:00	08:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	18:54	20:08	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	18:50	20:35	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	18:54	20:35	21:31	07:00	11:00	00:00	08:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					131:36	00:00	96:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movei (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS
SANTOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

11/03/2020

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 8 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário BRUNA BERALDO FERRANTE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada	Saída	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
01/01 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Sem Expediente		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio



BRUNA BERALDO FERRANTE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

11/03/2020

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 30 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	18:54	20:38	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	18:52	20:34	21:34	07:00	11:00	00:00	08:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	18:53	20:32	21:29	07:08	11:00	00:00	08:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	18:50	20:31	21:31	07:00	11:00	00:00	08:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	18:50	20:32	21:28	07:01	11:00	00:00	08:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	18:48	20:33	21:31	07:04	11:00	00:00	08:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	18:50	20:28	21:23	07:06	11:00	00:00	08:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	18:52	20:30	21:27	07:06	11:00	00:00	08:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	18:53	20:32	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	18:51	20:31	21:23	07:00	11:00	00:00	08:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	18:51	20:31	21:28	07:04	11:00	00:00	08:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	18:47	20:31	21:34	07:00	11:00	00:00	08:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	18:55	20:31	21:24	07:05	11:00	00:00	08:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	18:51	20:20	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	18:52	20:32	21:28	07:02	11:00	00:00	08:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	18:53	20:31	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados					176:00	00:00	128:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


REGINA LEIA PARRO
RODRIGUES DE
15/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 14 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalho	Refeição	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	19:01	19:36	20:26	06:55	11:00	00:00	08:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	19:09	19:59	20:59	07:00	10:51	00:00	08:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	19:00	20:01	20:57	07:01	11:00	00:00	08:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	18:53	20:19	21:11	07:02	11:00	00:00	08:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 9 folgas/feriados, 18 afastamentos					43:51	00:00	32:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)Denise P. A. de Souza
DENISE PRISCILA ANCILOTTO
LISBOA DEASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

11/03/2020

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 33 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

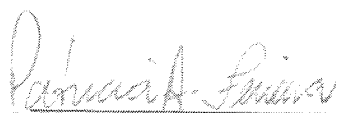
Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **PATRICIA ADRIANA FERREIRA**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	18:49	19:36	20:26	08:58	11:00	00:00	08:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	18:42	19:59	20:57	07:04	11:00	00:00	08:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	18:50	20:01	20:57	07:02	11:00	00:00	08:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	18:50	20:24	21:12	07:03	11:00	00:00	08:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	18:52	20:33	21:24	07:00	11:00	00:00	08:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	18:58	20:19	21:12	07:02	11:00	00:00	08:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	18:51	20:00	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	18:46	20:03	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00
06/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	19:00	19:50	20:38	07:01	11:00	00:00	08:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	18:50	20:09	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	19:02	20:31	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00
14/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	18:57	20:35	21:31	07:00	11:00	00:00	08:00
16/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	18:56	20:27	21:24	07:08	11:00	00:00	08:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	18:54	19:45	20:42	07:00	11:00	00:00	08:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	112:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio


PATRICIA ADRIANA FERREIRA
11/23

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 16 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILENE MANOEL
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção: TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhada	Releição	Total Not.
21/12 sab	07:00	12:40	13:45	19:27			11:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
23/12 seg	06:52	12:49	13:49	19:27			11:35	00:00	00:00
24/12 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:58	13:20	14:27	19:12	19:21		11:00	00:09	00:00
26/12 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
29/12 dom	06:50	13:35	14:38	19:12			11:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
31/12 ter	06:48	12:38	13:33	19:09			11:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
02/01 qui	06:45	12:29	13:33	19:04			11:00	00:00	00:00
03/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
04/01 sab	06:51	11:53	13:03	19:03			11:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
06/01 seg	06:51	13:27	14:27	19:04			11:00	00:00	00:00
07/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
08/01 qua	06:54	13:46	14:49	19:03			11:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
12/01 dom	06:48	13:28	14:33	19:07			11:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
14/01 ter	07:00	12:57	13:53	19:08			11:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
16/01 qui	06:56	12:00	13:03	19:07			11:00	00:00	00:00
17/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
18/01 sab	06:56	12:16	13:17	19:05			11:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
20/01 seg	06:52	13:22	14:26	19:05			11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							154:35	00:09	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de 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]
 Faltas [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Edilene Manoel
 EDILENE MANOEL
 12/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Treballadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:51	12:04	13:13	19:12	11:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	06:49	12:05	13:11	19:11	11:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	06:50	12:27	13:37	19:12	11:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	06:52	12:11	13:22	19:06	11:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	06:51	11:59	13:10	19:01	10:59	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	06:50	12:29	13:35	19:04	11:00	00:00	00:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	06:50	11:58	13:07	19:04	11:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	06:56	12:17	13:20	19:09	11:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	06:52	11:58	13:20	19:05	10:51	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	06:50	12:46	13:55	19:10	11:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	06:50	12:03	13:03	19:09	11:00	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	06:58	11:08	12:15	19:04	10:59	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	06:47	12:07	13:08	19:06	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:49	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

12/03/20

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 24 de 44
 Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario LAIS MARANI SILVA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
 FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	07:26	14:07	15:11	18:20	07:30	01:00	00:00
24/12 ter	09:01	11:35			02:35	00:00	00:00
25/12 qua	Feriado -				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	07:29	12:16	13:28	16:49	06:37	01:00	00:00
27/12 sex	Banco de Horas				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	07:31	12:35	13:51	17:04	06:48	01:00	00:00
31/12 ter	07:30	14:00	15:01	16:57	06:57	01:00	00:00
01/01 qua	Feriado -				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	07:19	13:20	14:23	17:32	07:30	01:00	00:00
03/01 sex	07:42	13:27	13:41	17:30	07:30	00:14	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	07:32	12:10	13:12	16:34	06:34	01:00	00:00
07/01 ter	07:34	13:24	14:37	16:48	06:35	01:00	00:00
08/01 qua	07:42	13:09	14:09	16:52	06:52	01:00	00:00
09/01 qui	07:26	14:08	15:22	17:35	07:16	01:00	00:00
10/01 sex	07:35	13:11	14:18	16:57	06:57	01:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	07:29	13:03	14:02	16:43	06:43	01:00	00:00
14/01 ter	07:34	13:09	14:05	16:45	06:45	01:00	00:00
15/01 qua	07:20	14:14	15:54	18:08	06:50	01:00	00:00
16/01 qui	Falta				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	07:40	13:34	14:43	16:57	06:57	01:00	00:00
18/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	07:30	13:55	15:19	16:54	06:30	01:00	00:00
TOTAL: 17 dias, 1 falta, 12 folgas/feriados					113:26	15:14	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de 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 MARANI SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	06:51	12:20	13:21	19:01	11:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	06:52	12:31	13:23	19:11	11:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	06:54	12:12	13:11	19:10	11:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	06:53	12:33	13:46	19:04	10:58	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	06:52	13:02	14:01	19:04	11:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	06:49	12:49	14:07	19:12	11:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	06:53	15:11	15:59	19:05	11:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	06:52	14:48	15:45	18:57	11:00	00:00	00:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	06:56	14:40	15:44	18:58	10:58	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	06:52	15:03	16:05	19:00	11:00	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	06:54	14:50	15:51	18:58	11:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	06:58	14:21	15:21	18:57	10:59	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	07:03	14:59	15:59	19:03	11:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:55	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de 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

12/03/20

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 3 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento: UTI MIRANDOPOLISFunção: ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Net.
21/12 sab	18:58	20:18	21:40	07:01	10:41	00:00	08:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	18:57	20:04	21:00	07:04	11:00	00:00	08:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	19:00	20:04	20:58	07:04	11:00	00:00	08:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	18:53	19:51	20:50	07:08	11:00	00:00	08:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	17:52	20:22	21:25	07:21	11:00	00:00	08:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	18:57	20:33	21:27	07:03	11:00	00:00	08:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	18:50	20:04	21:04	07:03	11:00	00:00	08:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	18:52	20:03	21:03	07:01	11:00	00:00	08:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	18:58	20:58	21:58	07:05	11:00	00:00	08:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	18:55	20:02	21:01	07:06	11:00	00:00	08:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	18:59	20:32	21:24	07:05	11:00	00:00	08:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	18:56	20:01	21:02	07:04	11:00	00:00	08:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	19:00	20:15	21:21	19:00	10:54	00:00	08:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	19:00	20:19	21:22	07:09	11:00	00:00	08:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	18:54	20:03	21:05	07:06	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					164:35	00:00	120:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de 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

21/2020

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 37 de 44
 Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **RICARDO DE CARVALHO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhada	Faltas	Total Not
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	18:57	20:03	21:16	06:56	10:46	00:00	08:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	18:53	19:51	20:50	07:00	11:00	00:00	08:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	18:48	20:59	22:00	07:01	11:00	00:00	08:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	18:57	20:00	21:06	07:00	10:57	00:00	08:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	18:50	20:05	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	18:47	20:02	21:02	07:01	11:00	00:00	08:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	18:51	20:01	21:04	07:00	11:00	00:00	08:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	18:59	20:02	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	18:44	20:33	21:20	07:00	11:00	00:00	08:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	18:56	20:01	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	18:55	20:14	21:20	07:00	10:59	00:00	08:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	18:49	20:29	21:26	07:00	11:00	00:00	08:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	18:49	20:09	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:42	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Ricardo de Carvalho
 RICARDO DE CARVALHO
 21/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 25 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Referência	Total Not.
21/12 sab	07:09	14:08	15:30	19:23	10:52	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	07:13	13:16	14:18	19:03	10:48	00:00	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	07:04	14:10	15:18	19:05	10:53	00:00	00:00
30/12 seg	06:59	13:04	14:10	19:10	11:00	00:00	00:00
31/12 ter	07:03	13:21	14:26	19:09	11:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	07:06	13:30	14:37	19:04	10:51	00:00	00:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	07:02	11:56	13:01	19:01	10:54	00:00	00:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	06:58	13:26	14:24	19:08	11:00	00:00	00:00
11/01 sab	06:49	14:13	15:08	18:21	10:37	00:00	00:00
12/01 dom	06:49	14:17	15:24	19:07	11:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	06:58	14:04	15:11	19:10	11:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	09:25	13:11	14:17	18:44	08:13	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	06:52	12:43	13:42	19:03	11:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	06:48	14:29	15:33	19:05	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					150:08	00:00	00:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)Leticia Ferraz
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

16/03/2020

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 1 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	18:49	20:19	21:17	07:26	11:39	00:00	08:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	18:49	20:01	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	18:55	19:58	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	18:53	19:51	20:50	07:00	11:00	00:00	08:00
28/12 sab	19:40	20:24	21:11	07:02	10:35	00:00	08:00
29/12 dom	18:49	20:00	20:59	07:05	11:00	00:00	08:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	18:49	19:58	20:54	07:01	11:00	00:00	08:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	18:55	20:02	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	18:59	20:02	20:53	07:00	11:00	00:00	08:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	18:51	20:13	20:54	06:51	11:00	00:00	08:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	18:44	20:31	21:20	07:00	11:00	00:00	08:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	18:55	20:01	20:55	07:00	11:00	00:00	08:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	18:55	20:15	21:20	07:00	11:00	00:00	08:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	18:51	20:23	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:14	00:00	112:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de 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

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

pagina 44 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario WILLIAN SOUZA SALADINI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Net.
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	18:06	20:50	21:10	23:58	05:45	00:20	02:14
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	18:00	20:58	21:14	00:07	05:45	00:16	02:25
27/12 sex	18:07	21:02	21:17	00:03	05:45	00:15	02:20
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	18:02				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	18:13	21:20	21:37	23:56	05:26	00:17	02:12
01/01 qua	18:09	21:03	21:22	23:58	05:45	00:19	02:14
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	06:05	11:20	11:35	12:00	05:45	00:15	00:00
04/01 sab	06:13	10:01	10:15	11:55	05:28	00:14	00:00
05/01 dom	06:07	10:15	10:30	11:56	05:45	00:15	00:00
06/01 seg	06:09	11:15	11:29	12:07	05:45	00:14	00:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	06:16	10:30	10:45	11:59	05:28	00:15	00:00
09/01 qui	06:07	10:29	10:45	12:08	05:45	00:16	00:00
10/01 sex	06:06	10:30	11:45	12:04	04:43	00:15	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	06:14	13:06	14:31	18:13	05:45	00:15	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	06:13	11:10	11:25	11:57	05:29	00:15	00:00
17/01 sex	17:56	20:01	20:15	00:02	05:45	00:14	02:19
18/01 sab	18:11	21:22	21:37	00:04	05:45	00:15	02:21
19/01 dom	18:15	21:09	21:24	00:02	05:45	00:15	02:19
20/01 seg	18:12	20:48	21:04	23:56	05:28	00:16	02:12
TOTAL: 18 dias, 13 folgas/feriados					101:02	04:41	20:36

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movei (v1): 19:00 às 01:00 - Físio Mirandópolis - 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

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **VIVIANE LIE YOKOYAMA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Preferências 2	Refeição	Total Not
21/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	05:58	11:08	11:18	12:09	05:45	00:10	00:00
24/12 ter	05:47	11:12	11:21	11:47	05:45	00:09	00:00
25/12 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
26/12 qui	05:53	11:16	11:21	11:55	05:45	00:05	00:00
27/12 sex	05:45	11:11	11:21	12:00	05:45	00:10	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	05:49	11:31	11:46	12:55	05:45	00:15	00:00
31/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	05:56	11:11	11:21	11:47	05:45	00:10	00:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	17:48	21:28	21:44	23:55	05:45	00:16	02:11
05/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	05:46	11:11	11:21	12:17	05:45	00:10	00:00
TOTAL: 8 dias, 8 folgas/feriados, 15 afastamentos					46:00	01:25	02:11

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movei (v1): 07:00 às 13:00 Seg à sext - Mirandópolis -
 Início: Segunda
 5 dias x 07:00-11:00 R 11:15-13:00 = 05:45 Folga 2 dias
 15/15 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VIVIANE LIE YOKOYAMA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 6 de 44
 Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/12 sab	18:53	20:18	21:15	07:26	11:36	00:00	08:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	18:57	20:01	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	19:04	20:03	20:59	07:00	11:00	00:00	08:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	18:57	20:04	21:07	07:03	11:00	00:00	08:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	18:52	19:58	20:53	07:01	11:00	00:00	08:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	18:50	20:02	21:01	07:03	11:00	00:00	08:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	18:52	20:02	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	19:07	20:02	21:01	07:00	10:54	00:00	08:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	19:06	20:14	21:22	07:00	10:46	00:00	08:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	18:59	20:01	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	19:01	20:15	21:20	07:00	10:54	00:00	08:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	18:57	20:22	21:26	07:00	10:59	00:00	08:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	18:57	20:17	21:14	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:09	00:00	104:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de 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

12/03/2020

Cartão de Ponto de 21/12/2019 a 20/01/2020

página 19 de 44
Impresso em 09/03/2020 15:16

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Retenção	Total Not.
21/12 sab	06:52	12:24	13:25	19:17	11:00	00:00	00:00
22/12 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
23/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
24/12 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
25/12 qua	06:50	12:02	13:02	19:12	11:00	00:00	00:00
26/12 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
27/12 sex	06:45	12:09	13:04	19:14	11:34	00:00	00:00
28/12 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
29/12 dom	06:43	12:38	13:36	19:04	11:00	00:00	00:00
30/12 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
31/12 ter	06:40	12:49	13:57	19:04	11:00	00:00	00:00
01/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/01 sab	06:51	12:02	13:01	19:08	11:00	00:00	00:00
05/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/01 seg	06:40	13:14	14:07	19:07	11:34	00:00	00:00
07/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/01 qua	06:42	12:03	13:00	19:13	11:34	00:00	00:00
09/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/01 sex	06:43	12:08	13:00	19:03	11:00	00:00	00:00
11/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/01 dom	06:47	12:06	13:06	19:02	11:00	00:00	00:00
13/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/01 ter	06:41	12:08	13:09	19:06	11:00	00:00	00:00
15/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/01 qui	06:43	12:02	13:05	19:09	11:00	00:00	00:00
17/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/01 sab	06:47	12:12	13:06	19:04	11:00	00:00	00:00
19/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/01 seg	06:41	12:25	13:32	19:06	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					155:42	00:00	00:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio


ISADORA MORAIS DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
18/3/2020

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)

Relatório de Desempenho mês de Fevereiro de 2020

Período compreendido: 01/02/2020 a 29/02/2020

Responsável pelo relatório:

Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor ® 

Indicadores de Interesse da SES	Metas	Resultado Obtido
Duração média da internação (dias)	8 dias	6,49 dias
Taxa de ocupação (%)	> 90%	82,76 %
Reinternação < 24 horas	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0 reclamações
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17‰	0
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0

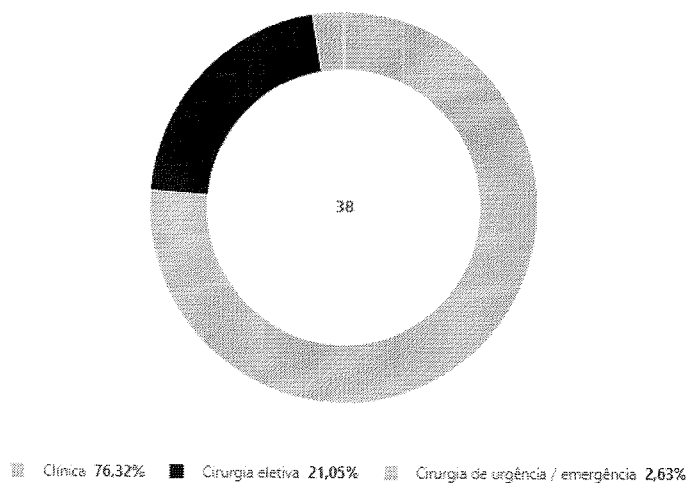
Definições dos cálculos utilizados nas metas

Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

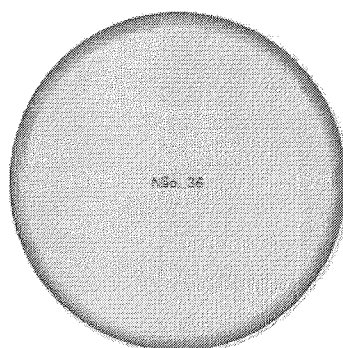
Indicadores de Interesse da AHBB	Metas	Resultado Obtido
Total de Internações no Período (n)	30	47
Internações Novas (n)	25	36
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	37
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	240
Taxa de ocupação (%)	80%	82,76 %
Duração média da internação (dias)	7 dias	6,49 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	59,35
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	45,15 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	13
Mortalidade Observada (%)	-	35,14 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,78
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6%o	0
Taxa de utilização de VM (%)	-	10,92 %
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	10,92 %
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0

Gráficos do Mês de Fevereiro/2020

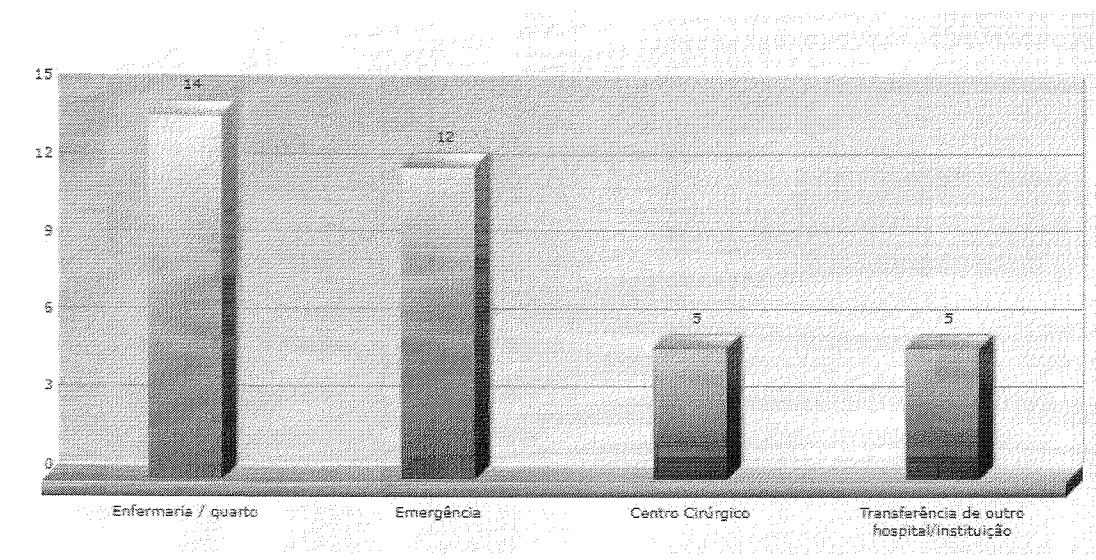
Tipos e Razões da Internação



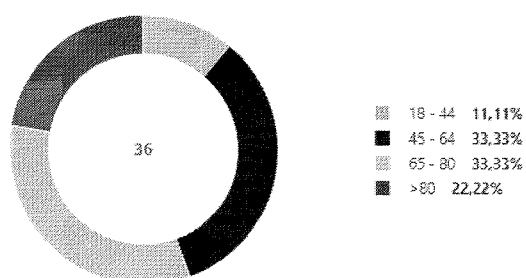
Reinternações na Unidade



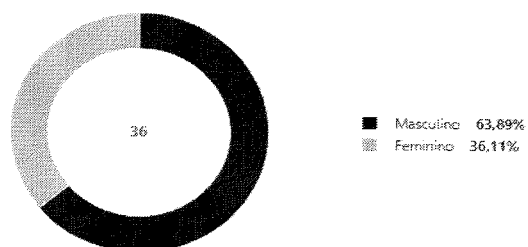
Origem da Internação



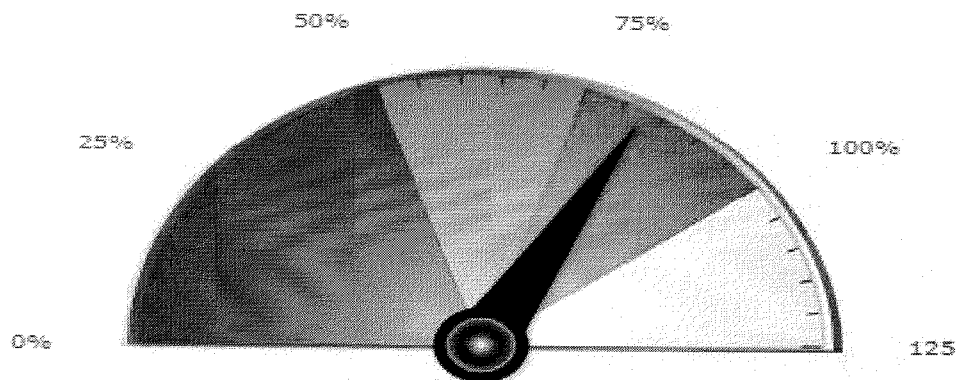
Idade – Histograma



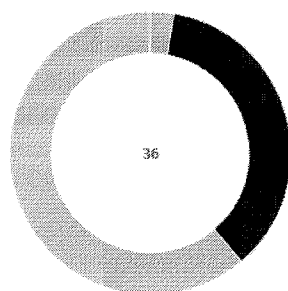
Sexo



Taxa de Ocupação



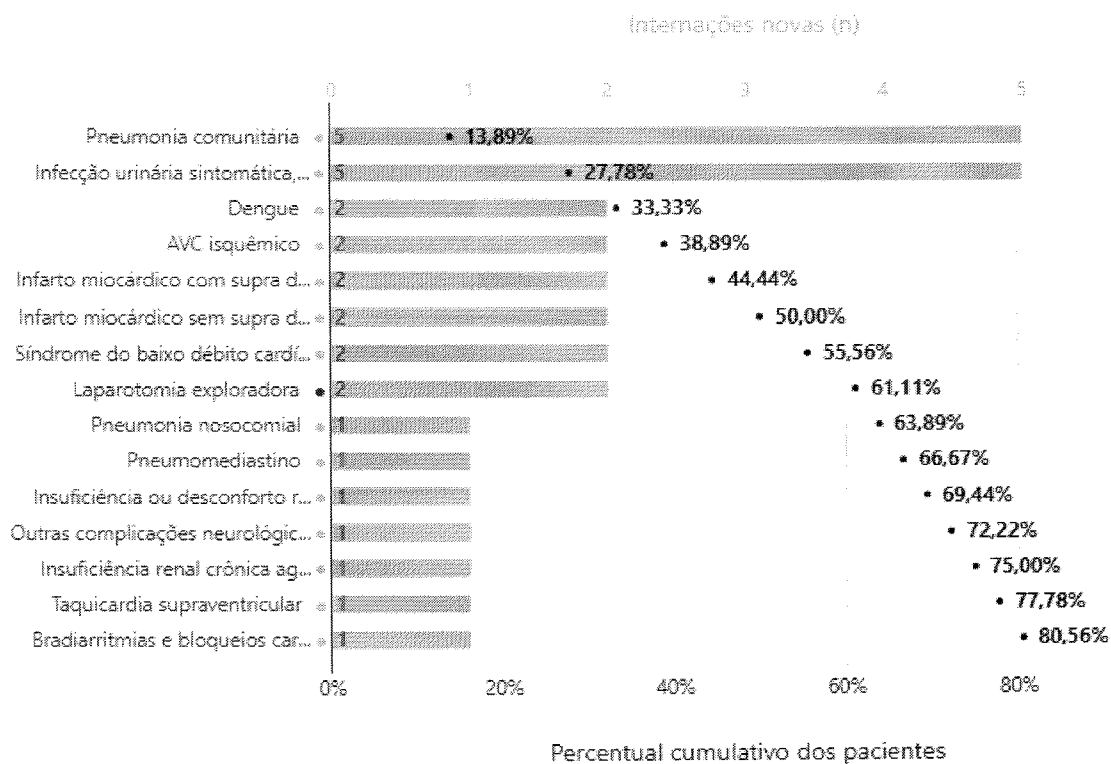
Gravidade da Internação – Escore Saps 3



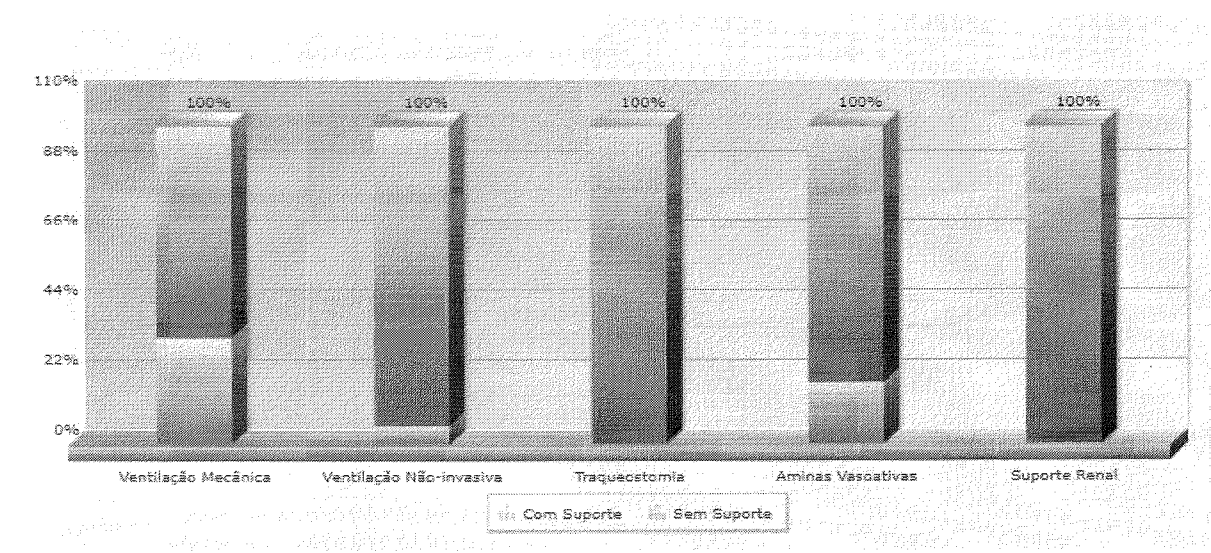
■ Baixo 2,78%
■ Intermediário 36,11%
■ Alto 61,11%

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

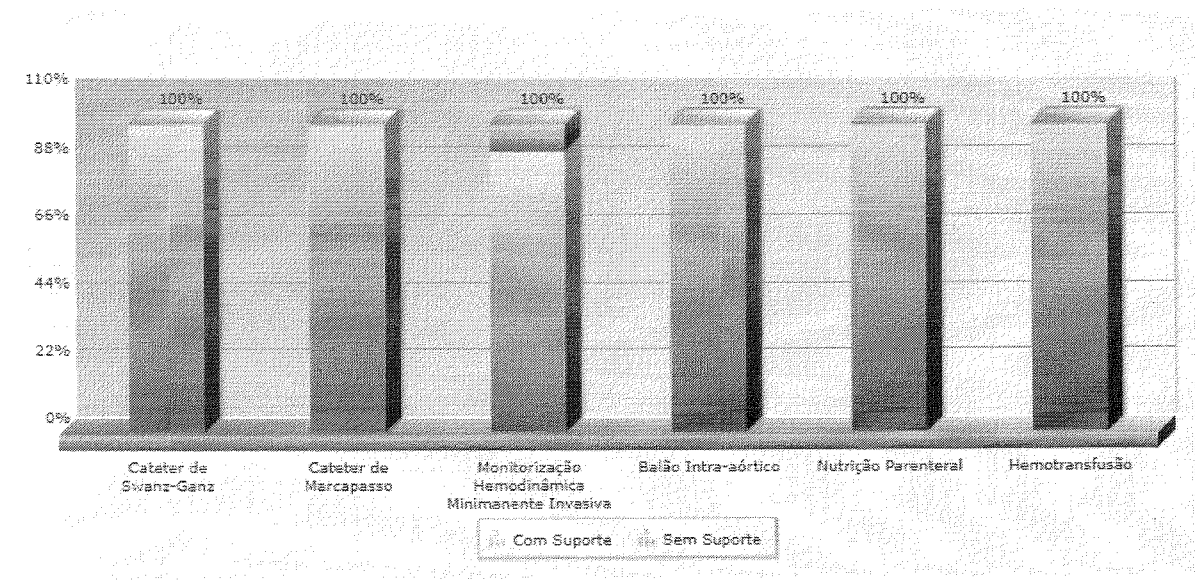
DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



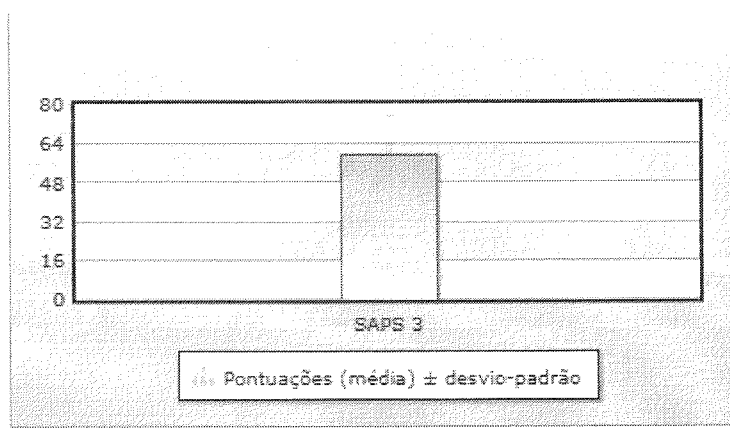
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



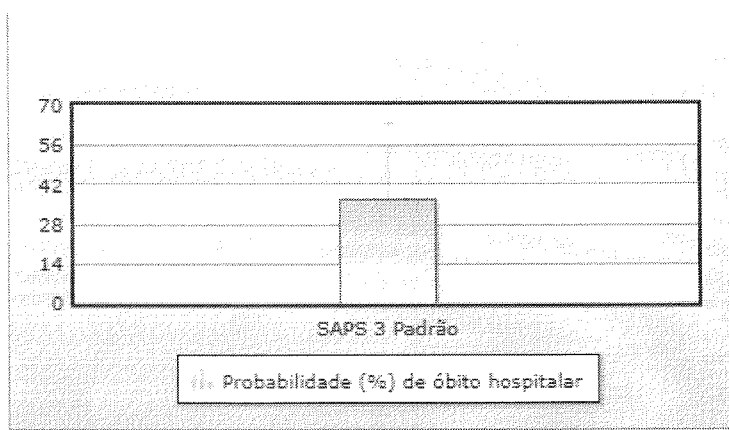
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



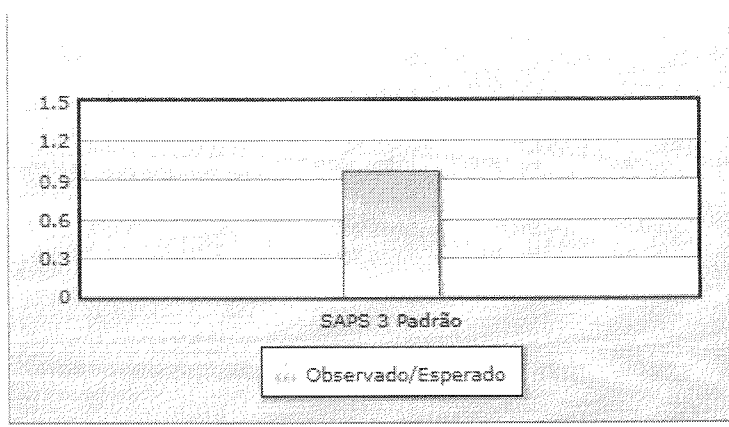
SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO



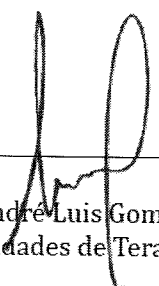
SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE



Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



Dr André Luis Gomes
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva