

Prestação de Contas

Março
2020

Mirandópolis



G33731134156072633
31/03/2020 14:03:28

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
27/02/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
02/03/2020		0000	14138	632 Ordem Banc?ria	202.002.280.038.174	355.226,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
02/03/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	212.725,07 D	
				02/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/03/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	26.339,63 D	
				02/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.201	848,00 D	
				SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
02/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.202	7.861,40 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.203	6.657,00 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/03/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.204	100.794,90 D	0,00 C
				341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
03/03/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	9.500,00 C	
				03/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
03/03/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.301	9.500,00 D	0,00 C
				033 3911 014352079000124 ECQ SERVICOS			
04/03/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	40.602,68 C	
				04/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
04/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.401	680,00 D	
				BIOMEDICAL			
04/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.402	249,18 D	
				CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA			
04/03/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.403	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/03/2020		0000	14138	632 Ordem Banc?ria	202.003.050.039.441	355.226,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
06/03/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	23.763,05 D	
				06/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/03/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	231.332,11 D	
				06/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/03/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	50.970	75.167,32 D	
06/03/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	30.601	591,36 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
06/03/2020		0000	13105	375 Impostos	30.602	7.202,89 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
06/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.603	1.182,43 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.604	1.348,44 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.605	753,07 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
06/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.606	567,03 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.607	794,15 D	
				BANCO SOFISA S/A			
06/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.608	483,60 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
06/03/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	30.609	500,55 D	

			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
06/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.610	9.500,00 D	
			ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP			
06/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.611	70,00 D	
			RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA			
06/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.612	1.970,00 D	0,00 C
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
09/03/2020	3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	71.474,80 C	
			09/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
09/03/2020	0000	13134 250	Folha de Pagamento	24.182	26.280,01 D	
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.901	2.169,50 D	
			SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.902	2.187,36 D	
			LABORATORIO SAO PAULO			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.903	930,60 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.904	702,55 D	
			BANCO SOFISA S/A			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.905	552,24 D	
			BANCO SOFISA S/A			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.906	228,71 D	
			BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.907	544,63 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.908	959,77 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.909	99,90 D	
			F B BABETO ME			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.910	604,30 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.911	1.180,30 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.912	1.803,53 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
09/03/2020	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	30.913	1.721,38 D	
			104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
09/03/2020	0000	13105 375	Impostos	30.914	14.200,67 D	
			FGTS ARREC GRRF			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.915	757,15 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.916	2.568,75 D	
			SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.917	2.103,48 D	
			BANCO SOFISA S/A			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.918	706,70 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.919	2.613,62 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.920	1.126,31 D	
			BANCO SOFISA S/A			
09/03/2020	0000	13105 196	INSS Arrecada??o	30.921	4.320,25 D	
			GPS- Ident.: 45349461000889 - 02/2020			
09/03/2020	0000	13105 375	Impostos	30.922	822,01 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
09/03/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	30.923	2.291,08 D	0,00 C
			BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
10/03/2020	3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	198,49 C	
			10/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
10/03/2020	0000	13105 375	Impostos	31.001	48,41 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
10/03/2020	0000	13105 375	Impostos	31.002	150,08 D	0,00 C
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
23/03/2020	3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	7.176,76 C	
			23/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
23/03/2020	6790	99015 470	Transfer?ncia enviada	550.058.000.059.599	934,00 D	

23/03 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C					
23/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.301	467,50 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
23/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.302	576,40 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
23/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.303	549,58 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
23/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.304	1.265,75 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
23/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.305	899,53 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
23/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.306	500,00 D	
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
23/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.307	1.984,00 D	0,00 C
		HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
24/03/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	102.484,45 C		
		24/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
24/03/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.401	100.794,90 D	
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
24/03/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	32.402	672,00 D	
		756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO			
24/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.403	477,55 D	
		CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E HO			
24/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.404	540,00 D	0,00 C
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
26/03/2020	0000	14138 632 Ordem Banc?ria 202.003.250.018.835	355.226,00 C		
		463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
26/03/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada 553.062.007.004.231	354.695,77 D		
		26/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
26/03/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	32.601	247,23 D	
		MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS ME			
26/03/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo 820.860.902.161.201	60,00 D		
		Cobrança referente a 25/03/2020			
26/03/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo 820.860.903.370.283	70,00 D		
		Cobrança referente a 25/03/2020			
26/03/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os 890.860.900.561.711	153,00 D		0,00 C
		Cobrança referente a 25/03/2020			
30/03/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	1.985,13 C		
		30/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
30/03/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada 550.448.000.019.429	1.985,13 D		0,00 C
		30/03 0448 19429-8 REGINA L P R D			
31/03/2020	3062	03062 870 Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	402.708,25 C		
		31/03 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
31/03/2020	0000	00000 999 S A L D O		402.708,25 C	
Saldo				402.708,25 C	
Juros				0,00	
Data de Debito de Juros				31/03/2020	
IOF				0,00	
Data de Debito de IOF				01/04/2020	

Transação efetuada com sucesso por: JD707545 JOAO P M P AFFONSO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

02/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 11:55:04
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	02/03/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	212.725,07

***** TRANSFERIDO PARA:

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

=====

NR.AUTENTICACAO	F.DA6.BB6.77C.7C0.5B8
-----------------	-----------------------

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

02/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:07:25
679006790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

DATA DA TRANSFERENCIA 02/03/2020

NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231

VALOR TOTAL 26.339,63

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4

NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

NR.AUTENTICACAO B.965.B47.810.842.0D4

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



Emissão de comprovantes

G331021824033900310
02/04/2020 18:57:08

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190613993053803347000001526110281810000084800

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

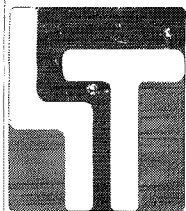
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	30.201
NOSSO NUMERO	6139305380
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	01/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	02/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	848,00
VALOR COBRADO	848,00

=====

NR.AUTENTICACAO	D.6D3.C65.229.B3E.387
-----------------	-----------------------



Samtronic Industria e Comercio Ltda

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

ENTRADA
1-5-10

N.º 000229778

SERIE 1

FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3520 0158 4266 2800 0133 5500 1000 2297 7811 0012 6639

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

135200085270578 31/01/2020 09:50:02-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

31/01/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA

HORA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA

001
01/03/2020
848,00

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

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

VELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

14.990.752/0001-51

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO

SÃO 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

EE905200

DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.

EQUIPO GIRASET EG 0623 C700 ESTERILIZADO

(CX 50UN)

Lote(S): JAN2090523497930B

- Val

Idade: 31/01/2023

NCM/SH

90189099

CST

040

CFOP

5101

UN

UN

QUANT.

50.0000

V.UNITARIO

16,96000000

V.TOTAL

848,00

BC.ICMS

0,00

V.ICMS

0,00

V.IPI

0,00

A.ICMS

0,00%

A.IPI

0,00%

Endereço
Alternativo

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: 135200085270578

PEDIDO PARA LIQUIDAR A O PEDIDO DE 14/01/2020 ORC 019183 ALIQUOTA DO IPI
REDUZIDO A O 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 MIRANDOPOLIS, - *** Pedido de Venda: 443736 *** Cotacao
Numero: 0513

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/02/2020
ASS. *Kaís*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE- 090496 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:03
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090249031028293581658220009681840000786140

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 30.202

DATA DE VENCIMENTO 04/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 02/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 7.861,40

VALOR COBRADO 7.861,40

=====

NR.AUTENTICACAO 7.CDF.96E.BFD.54E.4AE

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 298414 Série B6, emitido em 28/01/2020 20200204u47866934000174	Número da Nota 16416558			
	Data e Hora de Emissão 29/01/2020 00:31:55 Código de Verificação GDRS-JYDJ			
PRESTADOR DE SERVIÇOS  CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 5.987.120-2 Nome/Razão Social: TICKET SERVIÇOS S.A Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ---- Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: dp@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 34 R\$7.857,50 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Ped.:21832101 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM: IRE 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44 Data de Vencimento: 04/03/2020 VALOR TOTAL: R\$7.861,40				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço 03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	3,90	2,00%	0,07	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	IBPT	
OUTRAS INFORMAÇÕES (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 298414 Série B6, emitido em 28/01/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2020;				

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



NOTA DE DÉBITO

Número
298414-ND

Data de Emissão
28/01/2020

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\$7.857,50
Ped.:21832101 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 7.857,50

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

298414-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 7.857,50

FORMA DE PAGAMENTO

04/03/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 298414 de 28/01/2020.

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

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10337909

Realizado em: 25/01/2020

Valor (R\$): 7.857,50

Método Pagamento:

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 7.857,50

Data de Crédito: 01/02/2020

Quantidade de Beneficiários: 34

Data de Entrega: 05/02/2020

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	12	17,50		R\$ 210,00
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	12	17,50		R\$ 210,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00
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	12	17,50		R\$ 210,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00
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	13	17,50		R\$ 227,50
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00
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	13	17,50		R\$ 227,50
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 7.857,50

Data de Crédito: 01/02/2020

Quantidade de Beneficiários: 34

Data de Entrega: 05/02/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R\$ 227,50
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	19	17,50		R\$ 332,50
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	12	17,50		R\$ 210,00
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	19	17,50		R\$ 332,50
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	12	17,50		R\$ 210,00
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	12	17,50		R\$ 210,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	19	17,50		R\$ 332,50
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	12	17,50		R\$ 210,00

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/02/2020	05/02/2020	34	R\$ 7.857,50
				TOTAL BENEFÍCIOS	34
					R\$ 7.857,50
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 7.857,50

TOTAL

R\$ 7.857,50

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:03
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090249029543293581658220009381840000665700

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 30.203

DATA DE VENCIMENTO 04/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 02/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 6.657,00

VALOR COBRADO 6.657,00
=====

NR.AUTENTICACAO 8.217.932.530.4F9.EE2

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 298261 Série B6, emitido em 28/01/2020 20200204u47866934000174	Número da Nota 16416560			
	Data e Hora de Emissão 29/01/2020 00:31:59 Código de Verificação UCVY-VEZX			
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 43 R\$6.653,10 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90 Ped.:21832100 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: 04/03/2020 VALOR TOTAL: R\$6.657,00				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	3,90	2,00%	0,07	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	IBPT	
OUTRAS INFORMAÇÕES (1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 298261 Série B6, emitido em 28/01/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/02/2020;				

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



NOTA DE DÉBITO

Número
298261-ND

Data de Emissão
28/01/2020

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 43 R\$6.653,10
Ped.:21832100 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 6.653,10

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

298261-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 6.653,10

FORMA DE PAGAMENTO

04/03/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 298261 de 28/01/2020.

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

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10337779

Realizado em: 25/01/2020

Valor (R\$): 6.653,10

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\$): 6.653,10

Data de Crédito: 01/02/2020

Quantidade de Beneficiários: 43

Data de Entrega: 05/02/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARI	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTO	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.653,10

Data de Crédito: 01/02/2020

Quantidade de Beneficiários: 43

Data de Entrega: 05/02/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
393.118.558-39	2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	R\$ 150,00
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	01/02/2020	05/02/2020	43	R\$ 6.653,10
				TOTAL BENEFÍCIOS	43
					R\$ 6.653,10
RESUMO DO PRODUTO					SUB TOTAL
Total de Benefícios					R\$ 6.653,10
TOTAL					R\$ 6.653,10

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 100.794,90

DEBITO EM: 02/03/2020

=====

DOCUMENTO: 030204

AUTENTICACAO SISBB: 4.1B4.A1A.C9F.476.36E

		PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 256					
Data e Hora da Emissão		02/03/2020 14:12:04		Competência		2/3/2020		Código de Verificação		AEQSMG10C	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída		251		Local da Prestação		SAO CARLOS - SP	
Prestador de Serviço											
Razão Social/Nome		WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		26.392.666/0001-26		Inscrição Municipal		73644		Município		SAO CARLOS - SP	
Endereço e CEP		RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385									
Complemento		COND.TRIADE 01 - CJ.408		Telefone		(16)3419-8647		e-mail		fiscal@mccassessoria.com.br	
Tomador de Serviço											
Razão Social/Nome		ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		LINS - SP	
Endereço e CEP		AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400									
Complemento		SALA 03		Telefone				e-mail		contabilidade2@ahbb.org.br	
Discriminação do Serviço											
Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP Plantonistas Coordenação/Diaristas Convênio 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Referente Fevereiro de 2020											
Código do Serviço / Atividade											
7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra								Código ART			
Tributos Federais											
PIS (R\$)		698,10		COFINS (R\$)		3.222,00		IR (R\$)		1.611,00	
								INSS (R\$)			
										CSLL (R\$)	
										1.074,00	
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço				Outras Informações				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor do Serviço R\$		107.400,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$		107.400,00			
(-) Desconto Incondicionado		0,00		1-Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em Lei		0,00			
(-) Desconto Condicionado		0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00			
(-) Retenções Federais		6.605,10		0-Nenhum		Base de Cálculo		107.400,00			
(-) Outras Retenções		0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,00			
(-) ISSQN Retido		0,00		2 - Não		ISSQN a Reter		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		100.794,90		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$		2.148,00			
				2-Não							
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://SaoCarlos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.									

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

21031
 211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

AGENCIA: 3911-X - RIB.PRETO-SHOP RIBEIRAO

CONTA: 13.003.545-5

FAVORECIDO: ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI

CPF/CNPJ: 14.352.079/0001-24

VALOR: R\$ 9.500,00

DEBITO EM: 03/03/2020

=====

DOCUMENTO: 030301

AUTENTICACAO SISBB: F.587.DB7.1DD.35B.E80

		PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 930					
Data e Hora da Emissão		03/02/2020 11:14:59		Competência		3/2/2020		Código de Verificação		QPEMOJKLR	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		RIBEIRAO PRETO - SP	
Dados do Prestador de Serviços											
		Razão Social/Nome		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI - EPP							
		Nome Fantasia		ECQ							
CNPJ/CPF		14.352.079/0001-24		Inscrição Municipal		20004074		Município		RIBEIRAO PRETO - SP	
Endereço e Cep		RUA THOMAZ NOGUEIRA GAIA ,544 - JARDIM SÃO LUIZ CEP: 14020-290									
Complemento:				Telefone:		16034427432		e-mail:			
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		BILAC - SP	
Endereço e CEP		RUA SETE DE SETEMBRO ,529 - CENTRO CEP: 16210-000									
Complemento:				Telefone:		(14)3532-5198		e-mail:		financeiro@ahbb.org.br	
Discriminação dos Serviços											
Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares. Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis. Convênio 0107/2017 Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014. Alíquota do ISS igual a 2,50%. Pagamento conforme boleto.											
Código do Serviço / Atividade											
14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONCERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORIOS..											
Detalhamento Especifico da Construção Civil											
Código da Obra								Código ART			
Tributos Federais											
PIS				COFINS				IR(R\$)			
								INSS(R\$)			
										CSLL(R\$)	
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$		9.500,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		9.500,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		9.500,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,50			
(-) ISS Retido		0,00		2 - Não		ISS a reter:				() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$		9.500,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$		237,50			
				2-Não							
1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, ribeirãopreto.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.											
Avisos   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											

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:03
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029003800000740000107702381860000068000

BENEFICIARIO:

BIOMEDICAL

NOME FANTASIA:

BIOMEDICAL

CNPJ: 51.943.645/0001-07

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 30.401

DATA DE VENCIMENTO 06/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 680,00

VALOR COBRADO 680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 6.338.44E.667.2A5.C4F

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC		VALOR NOTA R\$ 680,00	NF-e Nº: 000.117.630 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	

 BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555 www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.117.630 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 0251 9436 4500 0107 5500 1000 1176 3010 0464 0327 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200099813282 - 05/02/2020 13:48:27
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 05/02/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 05/02/2020
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 13:47:35

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	06/03/2020	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 110,16	VALOR TOTAL DA NOTA 680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765	MUNICÍPIO SAO PAULO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,980	PESO LÍQUIDO 0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 34914 QT: 10	90183929	0 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00	110,16

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
 RECEBIDO 07/10/2020
 ASS. Indora

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 85215163	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 91445 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20%) Estadual: R\$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTOS DO ICMS CONFORME ARTIGO 01 TAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PEL O CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 010 7/2017	RESERVADO AO FISCO Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretária do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio
--	---

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:03
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090224871700700020509170781840000024918

BENEFICIARIO:

CENTER M C M PAPEIS LTDA

NOME FANTASIA:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINAS E P

CNPJ: 62.771.316/0001-34

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	30.402
NOSSO NUMERO	22487170000020509
CONVENIO	02248717
DATA DE VENCIMENTO	04/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	04/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	249,18
VALOR COBRADO	249,18

=====

NR.AUTENTICACAO	D.AB4.921.7A4.D1A.53D
-----------------	-----------------------

	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000018355 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO Nome / Carimbo / Assinatura	RG: Data do Recebimento:

	CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA RUA MARTIN WESTPHAL, 220 17539-006 MARILIA / SP 62.771.316/0001-34	14-3311-7888 contato@centermaq.com I.E: 438.076.337.119	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000018355 Data Emissão 20/02/2020

Nº Fatura 000018355	Valor R\$ 249,18	Vencimento 04/03/2020
------------------------	---------------------	--------------------------

Pagador ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço AV JOSE A RODRIGUES 303

Município/UF LINS	CEP 16400-400	CNPJ 45.349.461/0001-02	Insc.Estadual ISENTO	Insc.Municipal
----------------------	------------------	----------------------------	-------------------------	----------------

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso DUZENTOS E QUARENTA E NOVE REAIS E DEZOITO CENTAVOS
--

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCAÇÃO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCAÇÃO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/01/2020 O A 16/02/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414	1	249,18		249,18
EXCEDENTE DE 1153 COPIAS A R\$ 0,06 = R\$ 69,18				
Valor total da nota R\$			0,00	249,18

Dispensada de emissão de nota fiscal conforme LC nº 116/2003(locação de equipamentos). Atividade não sujeita a retenção de CSLL, COFINS e PIS prevista no artigo 30 da lei 10833/04. Não sujeita a retenção do IR na fonte conforme artigo 647 do RIR 99.

	001-9	00190.00009 02248.717007 00020.509170 7 81840000024918
--	--------------	--

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO	Vencimento 04/03/2020
--	---------------------------------

Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34 RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-	Agência / Código Beneficiário 0141-4/00100131-0
--	--

Data do Documento 20/02/2020	Número do Documento 000018355/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 20/02/2020	Nosso Número 22487170000020509
---------------------------------	------------------------------------	--------------------	-------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Uso do Banco	Carteira 17	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 249,18
--------------	----------------	--------------	------------	-------	---

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.) NAO DISPENSAR JUROS DE MORA COBRAR JUROS DE R\$ 0,33 AO DIA NAO CONCEDER DESC. PROTESTAR APOS 5 DIAS	(-) Desconto
	(-) Outras Deduções / Abatimentos
	(+) Mora / Multa / Juros
	(+) Outros Acréscimos
	(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414) AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03 16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP	CPF / CNPJ 45.349.461/0001-02 Código de Baixa 22487170000020509
--	--

Pagador/Avallista



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

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

04/03/2020
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

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: 04/03/2020

=====

DOCUMENTO: 030403

AUTENTICACAO SISBB: C.3E3.C6A.2B5.726.C28

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

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e	Número da Nota 00000058			
	Data e Hora de Emissão 03/03/2020 17:19:04 Código de Verificação ZI6L-LNBY			
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: ADMINISTRATIVO, RECURSOS HUMANOS, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI DO HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS - SP COMPETÊNCIA: 02/2020 CONVÊNIO 0107/2017 - TERMO ADITIVO 001/2020				
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

04/03/2020
 211

06/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:45:43
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	06/03/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	23.763,05

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4

NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

NR.AUTENTICACAO	2.178.EDA.782.96C.11F
-----------------	-----------------------

06/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:38:15
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	06/03/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	231.332,11

***** TRANSFERIDO PARA:

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

=====

NR.AUTENTICACAO	9.F4C.12A.F00.50E.48B
-----------------	-----------------------

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.721,12
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.776,96
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	2.777,28
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.478,18
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.702,61
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.684,11
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.478,08
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.526,27
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.696,04
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.478,18
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	1.684,13
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.527,62
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	1.598,45
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.684,11
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	50,15
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.478,18
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	591,36
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.448,73
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	1.304,40
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.304,40
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.721,12
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	393.118.558-39	2.544,05
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.478,18
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.838,69
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FER	427.001.668-09	1.478,18
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.739,62
2142	LUIS FERNANDO BETONI	375.492.158-47	2.471,86
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.478,18
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.335,23
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	396.213.588-09	2.487,77
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.478,18
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	1.349,01
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.702,61
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.478,18
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.463,86
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.511,68
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	124,15
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.721,38
2159	SONIA MARIA RIZZO	101.480.718-21	1.478,18
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	4.510,81
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.478,19
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	259.873.048-81	2.921,01
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	408.930.248-05	2.699,58
Empregados: 43 Estagiários: 0 Contribuintes: 0			Total da Empresa: 77.480,06

MIRANDOPOLIS, 03/03/2020

Responsável:

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2329 ALCIONE BOGAZ	Situação:	Trabalhando	CPF:	328.629.558-25	PIS:	128.78920.15-7
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	16/01/2018	CTPS/Série:	83878/00240
	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	170,21 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P					
1 Proventos:	1.891,33	Descontos:	170,21	Informativa:	151,30	Informativa Dedutora:	0
1 Base INSS:	1.891,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.891,33	Valor FGTS:	151,30
						Líquido:	1.721,12
						Base IRRF:	1.531,53

Empregado:	2478 ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Situação:	Trabalhando	CPF:	272.138.738-30	PIS:	125.20024.54-4
Emprego:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	20/10/2018	CTPS/Série:	85228/00154
	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	2.548,41
8781 DIAS NORMAIS	29,00	2.463,46 P	998	I.N.S.S.		11,00	348,16 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	1,00	84,95 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	40,04 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P					
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P					
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	407,75 P					
2 Proventos:	3.165,16	Descontos:	388,20	Informativa:	253,21	Informativa Dedutora:	0
1 Base INSS:	3.165,16	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.165,16	Valor FGTS:	253,21
						Líquido:	2.776,96
						Base IRRF:	2.437,82
Para período igual ou inferior a 15 dias: 14/02/2020 a 14/02/2020							

Empregado:	2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Situação:	Trabalhando	CPF:	295.556.788-47	PIS:	133.59258.89-3
Emprego:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	63679/00240
	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	352,24 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA		15,00	72,70 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	444,81 P					
0 Proventos:	3.202,22	Descontos:	424,94	Informativa:	256,17	Informativa Dedutora:	0
0 Base INSS:	3.202,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.202,22	Valor FGTS:	256,17
						Líquido:	2.777,28
						Base IRRF:	2.849,98

Empregado:	2122 ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	214.220.888-63	PIS:	180.90148.36-6
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	083050/00154
	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	128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
2 Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,53	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0
2 Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53
						Líquido:	1.478,18
						Base IRRF:	1.099,00

Empregado:	2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Situação:	Trabalhando	CPF:	214.801.238-03	PIS:	125.41159.51-1
Emprego:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	64885/00154
	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	168,39 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P					
0 Proventos:	1.871,00	Descontos:	168,39	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0
0 Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68
						Líquido:	1.702,61
						Base IRRF:	1.702,61

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

Empregados

EXTRATO MENSAL

Nome:	2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	014.000.604-43	PIS:	160.99087.56-8
cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	23/07/2018	CTPS/Série:	29379/00026
cargo:	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	166,56 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P			

3 Proventos:	1.850,67	Descontos:	166,56	Informativa:	148,05	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.684,11
0 Base INSS:	1.850,67	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.850,67	Valor FGTS:	148,05	Base IRRF:	1.115,34

Nome:	2336 BIANCA CAETANO COSTA	Situação:	Trabalhando	CPF:	301.663.768-50	PIS:	128.98626.17-3
cargo:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	17/01/2018	CTPS/Série:	47168/00315
cargo:	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	248,16 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	31,17 D

1 Proventos:	2.757,41	Descontos:	279,33	Informativa:	220,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.478,08
1 Base INSS:	2.757,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.757,41	Valor FGTS:	220,59	Base IRRF:	2.319,66

Nome:	2977 BRUNA BERALDO FERRANTE	Situação:	Trabalhando	CPF:	368.501.738-12	PIS:	209.83236.77-6
cargo:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista prazo determinado	Adm:	20/12/2019	CTPS/Série:	072644/00315
cargo:	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	254,83 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	50,45 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14 P			

0 Proventos:	2.831,55	Descontos:	305,28	Informativa:	226,52	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.526,27
0 Base INSS:	2.831,55	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.831,55	Valor FGTS:	226,52	Base IRRF:	2.576,72

Nome:	2145 CAMILA DONATO INNOCENCIO	Situação:	Doença	CPF:	395.692.218-28	PIS:	207.73635.06-2
cargo:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	08158/00315
cargo:	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	2.757,41 D
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	209,00 P			

0 Proventos:	2.757,41	Descontos:	2.757,41	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

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

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

8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	9,00	167,73 D
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	257,06 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 P			

1 Proventos:	1.863,77	Descontos:	167,73	Informativa:	149,10	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.696,04
1 Base INSS:	1.863,77	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.863,77	Valor FGTS:	149,10	Base IRRF:	1.506,45

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado: 2752 CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600
CPF: 295.136.688-43
Adm: 22/03/2019
Filial: 1
PIS: 128.09298.18-3
CTPS/Série: 85740/00154
Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	8,00	372,72 P	998 I.N.S.S.	8,00	128,53 D
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	13,00	605,67 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	9,00	419,32 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	90,57 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	62,70 P			

1 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,53 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.478,18
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,59
Período igual ou inferior a 15 dias: 07/02/2020 a 15/02/2020
Maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020

Empregado: 2772 DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600
CPF: 218.471.208-65
Adm: 03/05/2019
Filial: 1
PIS: 125.02011.74-6
CTPS/Série: 039726/00154
Salário: 1.397,72

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998 I.N.S.S.	9,00	166,56 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,97 P			

0 Proventos: 1.850,69 Descontos: 166,56 Informativa: 148,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.684,13
0 Base INSS: 1.850,69 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.850,69 Valor FGTS: 148,05 Base IRRF: 1.684,13

Empregado: 2126 DEBORA CRISTINA LOCHE
Cargo: 300 AUX. ADM. FARMACIA
Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 700
CPF: 385.855.778-19
Adm: 04/10/2017
Filial: 1
PIS: 203.38786.55-9
CTPS/Série: 30972/00315
Salário: 1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	8,00	132,83 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96 P			

0 Proventos: 1.660,45 Descontos: 132,83 Informativa: 132,83 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.527,62
0 Base INSS: 1.660,45 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.660,45 Valor FGTS: 132,83 Base IRRF: 1.527,62

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

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	74,64 D
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,10	0,10 P	812 INSS FERIAS	9,00	7,39 D
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,32	0,32 P	998 I.N.S.S.	8,00	138,92 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	0,54	0,54 P			
806 MEDIA HORAS FERIAS	7,74	7,74 P			
807 VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	20,51 P			
8783 DIAS FERIAS	1,00	46,59 P			
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,83 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97 P			

2 Proventos: 1.819,40 Descontos: 220,95 Informativa: 145,48 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.598,45
1 Base INSS: 1.818,57 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.818,57 Valor FGTS: 145,48 Base IRRF: 1.218,85
Período: 03/01/2020 - 01/02/2020

CPF: 45.349.461/0008-89 Emissão: 03/03/2020
 Documento: Folha Mensal Horas: 09:09:33
 Competência: 02/2020

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado: 2134 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA Situação: Trabalhando CPF: 108.823.788-64 PIS: 124.85513.93-9
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 33522/00115
 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	166,56 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P			

0 Proventos:	1.850,67	Descontos:	166,56	Informativa:	148,05	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.684,11
0 Base INSS:	1.850,67	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.850,67	Valor FGTS:	148,05	Base IRRF:	1.684,11

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

8781 DIAS NORMAIS	1,00	46,59 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.883,09 D
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,39	0,39 P	812 INSS FERIAS	9,00	186,23 D
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	1,16	1,16 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	9,00	0,56 D
807 VANTAGENS FERIAS	200,87	200,87 P	998 I.N.S.S.	8,00	4,40 D
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	517,33 P			
8783 DIAS FERIAS	29,00	1.351,12 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97 P			

1 Proventos:	2.124,43	Descontos:	2.074,28	Informativa:	169,94	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	50,15
1 Base INSS:	2.124,43	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.124,43	Valor FGTS:	169,94	Base IRRF:	0,00

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

Empregado: 2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES Situação: Trabalhando CPF: 095.608.758-25 PIS: 126.22542.14-5
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 040637/00115
 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	128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			

0 Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,53	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.478,18
0 Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.478,18

Empregado: 2992 ELIANA CRISTINA RODRIGUES Situação: Trabalhando CPF: 294.873.608-08 PIS: 209.15162.89-4
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/02/2020 CTPS/Série: 054694/0154
 Função: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,95

8781 DIAS NORMAIS	12,00	559,18 P	998 I.N.S.S.	8,00	51,42 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60 P			

1 Proventos:	642,78	Descontos:	51,42	Informativa:	51,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	591,36
1 Base INSS:	642,78	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	642,78	Valor FGTS:	51,42	Base IRRF:	401,77

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

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

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	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	Departamento:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	65,59 D
8112 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,11	0,11 P	812 INSS FERIAS	9,00	6,49 D
8192 DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,32	0,32 P	998 I.N.S.S.	8,00	125,91 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	0,54	0,54 P			
806 MEDIA HORAS FERIAS	0,28	0,28 P			
807 VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65 P			
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	18,02 P			
8783 DIAS FERIAS	1,00	46,59 P			
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,73 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P			

2 Proventos:	1.646,72	Descontos:	197,99	Informativa:	131,68	Informativa Dedutora:	0,01	Líquido:	1.448,73
1 Base INSS:	1.645,99	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.645,99	Valor FGTS:	131,67	Base IRRF:	1.069,12

Período: 03/01/2020 - 01/02/2020

Empregado:	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	Departamento:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	8,00	113,42 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P			

0 Proventos:	1.417,82	Descontos:	113,42	Informativa:	113,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.304,40
0 Base INSS:	1.417,82	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.417,82	Valor FGTS:	113,42	Base IRRF:	1.304,40

Empregado:	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	Departamento:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	8,00	113,42 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P			

0 Proventos:	1.417,82	Descontos:	113,42	Informativa:	113,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.304,40
0 Base INSS:	1.417,82	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.417,82	Valor FGTS:	113,42	Base IRRF:	1.304,40

Empregado:	2139 JOSÉ LOPES DE OLIVEIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	061.725.928-31	PIS:	122.35412.21-3
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	40474/00048
Matrícula:	900	Departamento:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	9,00	170,21 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P			

2 Proventos:	1.891,33	Descontos:	170,21	Informativa:	151,30	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.721,12
1 Base INSS:	1.891,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.891,33	Valor FGTS:	151,30	Base IRRF:	1.341,94

Empregado:	2428 JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	393.118.558-39	PIS:	206.75977.19-8
Função:	11 FISIOTERAPEUTA	Vínculo:	Celetista	Adm:	12/06/2018	CTPS/Série:	025949/00370
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	256,74 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	51,90 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	14,02	95,28 P			

0 Proventos:	2.852,69	Descontos:	308,64	Informativa:	228,21	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.544,05
0 Base INSS:	2.852,69	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.852,69	Valor FGTS:	228,21	Base IRRF:	2.595,95

2J: 45.349.461/0008-89
ulo: Folha Mensal
npetência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

pregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,53 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.478,18
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.478,18

Pr.: 2771 LAIS MARANI SILVA Situação: Trabalhando CPF: 354.059.608-96 PIS: 129.46882.17-0
Jo: 60 FARMACEUTICO (A) Vínculo: Celetista Adm: 03/05/2019 CTPS/Série: 31047/00315
900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 11,00 358,31 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 60,41 D
27 ADICIONAL RT 500,00 500,00 P
1 Proventos: 3.257,41 Descontos: 418,72 Informativa: 260,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.838,69
1 Base INSS: 3.257,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.257,41 Valor FGTS: 260,59 Base IRRF: 2.709,51

Pr.: 2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ Situação: Trabalhando CPF: 427.001.668-09 PIS: 204.92505.78-5
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 018787/00397
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 28,00 1.304,53 P 998 I.N.S.S. 8,00 128,53 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE 2,00 93,18 P
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 195,07 P
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 13,93 P
0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,53 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.478,18
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.478,18
nça período igual ou inferior a 15 dias: 08/02/2020 a 09/02/2020

Pr.: 2148 LUCAS CARVALHO DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 400.061.728-14 PIS: 163.67215.87-6
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 48389/00315
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 9,00 172,04 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 120,00 304,95 P
0 Proventos: 1.911,66 Descontos: 172,04 Informativa: 152,93 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.739,62
0 Base INSS: 1.911,66 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.911,66 Valor FGTS: 152,93 Base IRRF: 1.739,62

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 9,00 249,02 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 46,04 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 1,40 9,51 P
0 Proventos: 2.766,92 Descontos: 295,06 Informativa: 221,35 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.471,86
0 Base INSS: 2.766,92 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.766,92 Valor FGTS: 221,35 Base IRRF: 2.517,90

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,53 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.478,18
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.478,18

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.242,33 P 998 I.N.S.S. 8,00 116,10 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
0 Proventos: 1.451,33 Descontos: 116,10 Informativa: 116,10 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.335,23
0 Base INSS: 1.451,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.451,33 Valor FGTS: 116,10 Base IRRF: 1.335,23

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S. 9,00 250,72 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 47,33 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 4,18 28,41 P
0 Proventos: 2.785,82 Descontos: 298,05 Informativa: 222,86 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.487,77
0 Base INSS: 2.785,82 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.785,82 Valor FGTS: 222,86 Base IRRF: 2.535,10

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,00 128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,53 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.478,18
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.478,18

Emp.: 2154 NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 394.946.148-52 PIS: 203.20306.87-3
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 072068/00400
Cargo: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 2,00 169,89 P 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS 15,00 1.378,71 D
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS 13,00 1.104,31 P 998 I.N.S.S. 8,00 117,30 D
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA) 15,00 1.274,21 P
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE 0,00 87,61 P
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 13,93 P
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN 20,00 90,57 P
8013 INSALUB 20% DOENCA 20,00 104,50 P
0 Proventos: 2.845,02 Descontos: 1.496,01 Informativa: 117,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.349,01
0 Base INSS: 1.466,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.466,31 Valor FGTS: 117,30 Base IRRF: 1.349,01

Período superior a 15 dias: 18/12/2019 a 15/02/2020
Período maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

Empregados

EXTRATO MENSAL

Empregado:	2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	285.280.548-02	PIS:	190.47976.86-2
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	47160/00315
Matrícula:	900	Departamento:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	9,00	168,39 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

0 Proventos:	1.871,00	Descontos:	168,39	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.702,61
0 Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68	Base IRRF:	1.702,61

Empregado:	2164 PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	Situação:	Trabalhando	CPF:	305.075.078-27	PIS:	236.45761.69-8
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	59107/00240
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	128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

1 Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,53	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.478,18
1 Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.288,59

Empregado:	2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Situação:	Trabalhando	CPF:	298.440.178-66	PIS:	127.24425.16-4
Função:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	48657/00240
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	248,16 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	45,39 D

0 Proventos:	2.757,41	Descontos:	293,55	Informativa:	220,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.463,86
0 Base INSS:	2.757,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.757,41	Valor FGTS:	220,59	Base IRRF:	2.509,25

Empregado:	2128 REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUS	Situação:	Trabalhando	CPF:	259.782.788-73	PIS:	126.82653.15-6
Função:	300 AUX. ADM. FARMACIA	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	30950/00240
Matrícula:	900	Departamento:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	8,00	131,44 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63 P				

1 Proventos:	1.643,12	Descontos:	131,44	Informativa:	131,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.511,68
1 Base INSS:	1.643,12	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.643,12	Valor FGTS:	131,44	Base IRRF:	1.322,09

Empregado:	2157 RICARDO DE CARVALHO	Situação:	Trabalhando	CPF:	281.686.478-23	PIS:	125.51156.27-2
Função:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	69805/00154
Matrícula:	900	Departamento:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	1,00	46,59 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.165,69 D
8112 DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,39	0,39 P	812	INSS FERIAS	9,00	216,79 D
8192 DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	1,16	1,16 P	821	INSS DIFERENÇA FERIAS	9,00	1,37 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	14,66	14,66 P	998	I.N.S.S.	8,00	10,91 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	239,98	239,98 P	942	IRRF FERIAS	7,50	26,36 D
807 VANTAGENS FERIAS	200,87	200,87 P				
931 1/3 DAS FERIAS	33,33	602,21 P				
8783 DIAS FERIAS	29,00	1.351,12 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P				

0 Proventos:	2.545,27	Descontos:	2.421,12	Informativa:	203,61	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	124,15
0 Base INSS:	2.545,27	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.545,27	Valor FGTS:	203,61	Base IRRF:	122,60

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

PJ: 45.349.461/0008-89
Culo: Folha Mensal
mpetência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

pregados

EXTRATO MENSAL

Pr.: 2839 SONIA DOS SANTOS ROCHA Situação: Trabalhando CPF: 304.418.188-70 PIS: 116.26217.35-6
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 17/09/2019 CTPS/Série: 54411/00240
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,95

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	998	I.N.S.S.	9,00	170,24 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,67 P				

0 Proventos:	1.891,62	Descontos:	170,24	Informativa:	151,32	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.721,38
0 Base INSS:	1.891,62	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.891,62	Valor FGTS:	151,32	Base IRRF:	1.721,38

Pr.: 2159 SONIA MARIA RIZZO Situação: Trabalhando CPF: 101.480.718-21 PIS: 120.98824.43-4
Jo: 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	128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

0 Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,53	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.478,18
0 Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.478,18

Pr.: 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 DIFERENÇA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	11,00	508,20 D
8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	289,03 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	688,00	688,00 P				
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
27 ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P				

0 Proventos:	5.308,04	Descontos:	797,23	Informativa:	369,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.510,81
0 Base INSS:	4.620,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.620,04	Valor FGTS:	369,60	Base IRRF:	4.111,84

Pr.: 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	128,53 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

2 Proventos:	1.606,72	Descontos:	128,53	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.478,19
1 Base INSS:	1.606,72	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,72	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.099,01

Pr.: 2140 VIVIANE LIE YOKOYAMA Situação: Trabalhando 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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	11,00	369,31 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	67,09 D
27 ADICIONAL RT	600,00	600,00 P				

1 Proventos:	3.357,41	Descontos:	436,40	Informativa:	268,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.921,01
1 Base INSS:	3.357,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.357,41	Valor FGTS:	268,59	Base IRRF:	2.798,51

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: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

Empregados

EXTRATO MENSAL

Nome: 2421 WILLIAN SOUZA SALADINI Situação: Trabalhando CPF: 408.930.248-05 PIS: 158.61320.19-9
Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA Vínculo: Celetista Adm: 02/05/2018 CTPS/Série: 030224/00370
Cargo: 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	273,37 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	64,51 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	41,21	280,05 P			

0 Proventos:	3.037,46	Descontos:	337,88	Informativa:	242,99	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.699,58
0 Base INSS:	3.037,46	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.037,46	Valor FGTS:	242,99	Base IRRF:	2.764,09

Total Geral Proventos:	94.861,92	Total Geral Descontos:	17.381,86
		Líquido Geral:	77.480,06

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	840,00	7.865,36 P	812 INSS FERIAS	36,00	416,90 D
27 ADICIONAL RT	2.161,58	2.161,58 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	18,00	1,93 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	688,00	688,00 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	4.189,01 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	942 IRRF FERIAS	7,50	26,36 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.572,81	4.581,15 P	998 I.N.S.S.	376,00	7.745,48 D
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	999 IMPOSTO DE RENDA	112,50	866,06 D
805 MEDIA VALOR FERIAS	15,74	15,74 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	45,00	4.136,12 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	248,00	248,00 P			
807 VANTAGENS FERIAS	415,04	415,04 P			
836 INSS DIF FER DESC A MAIOR	16,00	1,56 P			
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	344,67 P			
931 1/3 DAS FERIAS	133,32	1.158,07 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	60,00	390,14 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	40,00	313,50 P			
8112 DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,99	0,99 P			
8192 DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	2,96	2,96 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.129,00	65.805,78 P			
8783 DIAS FERIAS	60,00	2.795,42 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	56,00	3.107,69 P			
8785 DIAS AFAST. INSS (P/DOENCA)	45,00	3.822,62 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	12,00	597,45 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	60,00	83,60 P			

Líquido Geral: 77.480,06

PJ: 45.349.461/0008-89
Culpo: Folha Mensal
Competência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
Horas: 09:09:33

Empregados

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	44	Salário contribuição empregados:	90.036,24	Base IRRF Mensal:	72.914,42
Número de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	866,06
Trabalhando:	42	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	4.010,77
Estado direitos integrais:	0	Base total:	90.036,24	Valor IRRF Férias:	26,36
Estado acidente de trabalho:	0	Segurados:	8.162,75	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Estado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Período maternidade:	1	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Período maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Idioma:	1	Sub-Total:	8.162,75	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Idioma Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Idioma sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	3.842,50	Valor Total do IRRF:	892,42
Idioma:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Idioma ferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Idioma:	0	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	90.036,24
Idioma sindical:	0	Total:	4.320,25	Valor do FGTS:	7.202,66
Idioma sentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Idioma curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	4.320,25	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Idioma justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Idioma motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Idioma férias:	1			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00

Líquido Geral: 77.480,06

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



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.721,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 e um 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,21
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	170,21
			Valor Líquido →	1.721,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.531,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,21
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	170,21
			Valor Líquido →	1.721,12

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.531,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.776,96 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e setecentos e setenta e seis reais e noventa 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.777,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e setecentos e setenta e sete reais e vinte e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	444,81	
998	I.N.S.S.	11,00		352,24
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		72,70
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.202,22	424,94
			Valor Líquido ➡	2.777,28
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19432-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
2.548,41	3.202,22	3.202,22	256,17	2.849,98
				Faixa IRRF
				15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	444,81	
998	I.N.S.S.	11,00		352,24
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		72,70
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.202,22	424,94
			Valor Líquido ➡	2.777,28
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19432-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	3.202,22	3.202,22	256,17	2.849,98
				Faixa IRRF
				15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19481-6				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.099,00
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19481-6				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.099,00
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.702,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 setecentos e dois reais e sessenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro 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	168,39
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	168,39
			Valor Líquido ➡	1.702,61
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	1.871,00	1.871,00	149,68	1.702,61
				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
Fevereiro 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	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		168,39
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	168,39
			Valor Líquido ➡	1.702,61
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	1.871,00	1.871,00	149,68	1.702,61
				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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.684,11 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e oitenta e quatro reais e onze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		166,56
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.850,67	166,56
			Valor Líquido ➡	1.684,11
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 20148-0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.115,34
				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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		166,56
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.850,67	166,56
			Valor Líquido ➡	1.684,11
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 20148-0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.115,34
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.478,08 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

ódi go	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,00		248,16
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,17
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.757,41	279,33
			Valor Líquido ➡	2.478,08

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.319,66	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
Fevereiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,00		248,16
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		31,17
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.757,41	279,33
			Valor Líquido ➡	2.478,08

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta: 111247-3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.319,66	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.526,27 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 quinhentos e vinte e seis reais e vinte e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14	
998	I.N.S.S.	9,00		254,83
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,45
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.831,55	305,28
			Valor Líquido ➡	2.526,27
BANCO DO BRASIL 1				
Conta salário: 88948-2				
Agência: 0295 - X				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
2.548,41	2.831,55	2.831,55	226,52	2.576,72
				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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14	
998	I.N.S.S.	9,00		254,83
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,45
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.831,55	305,28
			Valor Líquido ➡	2.526,27
BANCO DO BRASIL 1				
Conta salário: 88948-2				

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.696,04 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 noventa e seis reais e quatro centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro 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
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71	167,73
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	257,06	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.863,77	167,73
			Valor Líquido ➡	1.696,04
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19425-5				

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
Fevereiro 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
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	257,06	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,00		167,73
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.863,77	167,73
			Valor Líquido ➡	1.696,04
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19425-5				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.863,77	1.863,77	149,10	1.506,45
				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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Admissão: 22/03/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	8,00	372,72	128,53
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	13,00	605,67	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	419,32	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	90,57	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta: 20619-9				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,59
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Admissão: 22/03/2019

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	8,00	372,72	
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	13,00	605,67	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	419,32	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	90,57	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta: 20619-9	Salário Base	Sal. Contr. INSS	F.G.T.S do Mês	
	1.397,71	1.606,71	1.606,71	
			128,53	
			1.288,59	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.684,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e oitenta e quatro reais e treze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	166,56
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,97	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.850,69	166,56
			Valor Líquido →	1.684,13

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.850,69	1.850,69	148,05	1.684,13	0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta: 20671-7

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	166,56
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,97	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.850,69	166,56
			Valor Líquido →	1.684,13

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.850,69	1.850,69	148,05	1.684,13	0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta: 20671-7

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.527,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a DEBORA CRISTINA LOCHE, na conta 19.413, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e vinte e sete reais e sessenta e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96	
998	I.N.S.S.	8,00		132,83
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.660,45	132,83
			Valor Líquido →	1.527,62
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.191,49	1.660,45
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.660,45	132,83
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.527,62	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
Fevereiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96	
998	I.N.S.S.	8,00		132,83
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.660,45	132,83
			Valor Líquido →	1.527,62
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.191,49	1.660,45
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.660,45	132,83
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.527,62	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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.598,45 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a DENISE PRISCILA ANCILOTTO, na conta 7.621, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e noventa e oito reais e quarenta 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro 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	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,10	0,10	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,32	0,32	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,54	0,54	
806	MEDIA HORAS FERIAS	7,74	7,74	
807	VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	20,51	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		74,64
812	INSS FERIAS	9,00		7,39
998	I.N.S.S.	8,00		138,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.819,40	220,95
			Valor Líquido ➡	1.598,45

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.818,57	1.818,57	145,48	1.206,63	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 7621-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
Fevereiro 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	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,10	0,10	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,32	0,32	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,54	0,54	
806	MEDIA HORAS FERIAS	7,74	7,74	
807	VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	20,51	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		74,64
812	INSS FERIAS	9,00		7,39
998	I.N.S.S.	8,00		138,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.819,40	220,95
			Valor Líquido ➡	1.598,45

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.818,57	1.818,57	145,48	1.206,63	0,00

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.684,11 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILAINE MUNHOZ MAQUEA, na conta 14.727, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e oitenta e quatro reais e onze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		166,56
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.850,67	166,56
			Valor Líquido →	1.684,11

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 14727-3

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	1.850,67	1.850,67	148,05	1.684,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	9,00		166,56
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.850,67	166,56
			Valor Líquido →	1.684,11

BANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 14727-3

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	1.850,67	1.850,67	148,05	1.684,11	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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 50,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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.

(Cinqüenta reais e quinze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,39	0,39	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	1,16	1,16	
807	VANTAGENS FERIAS	200,87	200,87	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	517,33	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.883,09
812	INSS FERIAS	9,00		186,23
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		0,56
998	I.N.S.S.	8,00		4,40
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.124,43	2.074,28
			Valor Líquido ➡	50,15
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	2.124,43	2.124,43	169,94	0,00
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			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
Fevereiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,39	0,39	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	1,16	1,16	
807	VANTAGENS FERIAS	200,87	200,87	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	517,33	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.883,09
812	INSS FERIAS	9,00		186,23
821	INSS DIFERENCA FERIAS	9,00		0,56
998	I.N.S.S.	8,00		4,40
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.124,43	2.074,28
			Valor Líquido ➡	50,15
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	2.124,43	2.124,43	169,94	0,00
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			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. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Mensalista

Folha Mensal
Fevereiro 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	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 108275-2		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.478,18
		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
Mensalista

Folha Mensal
Fevereiro 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	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 108275-2		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.478,18
		Faixa IRRF		
		0,00		

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convenção 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



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.448,73 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e quarenta e oito reais e setenta e três centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,11	0,11	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,32	0,32	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,54	0,54	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,28	0,28	
807	VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	18,02	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		65,59
812	INSS FERIAS	9,00		6,49
998	I.N.S.S.	8,00		125,91

				Total de Vencimentos	Total de Descontos
				1.646,72	197,99
				Valor Líquido ➡	1.448,73
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.645,99	1.645,99	131,67	1.056,91	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19478-6

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
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,11	0,11	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	0,32	0,32	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,54	0,54	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,28	0,28	
807	VANTAGENS FERIAS	6,65	6,65	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	18,02	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
836	INSS DIF FER DESC A MAIOR	8,00	0,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		65,59
812	INSS FERIAS	9,00		6,49
998	I.N.S.S.	8,00		125,91

BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0				Total de Vencimentos	Total de Descontos
				1.646,72	197,99
				Valor Líquido ➡	1.448,73
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.645,99	1.645,99	131,67	1.056,91	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19478-6

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.304,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e quatro reais e quarenta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	8,00		113,42
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.417,82	113,42
			Valor Líquido ➡	1.304,40
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 19411-5			1.191,49	1.417,82
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.417,82	113,42
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.304,40	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	8,00		113,42
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.417,82	113,42
			Valor Líquido ➡	1.304,40
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 19411-5			1.191,49	1.417,82
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.417,82	113,42
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.304,40	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.304,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 quatro reais e quarenta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	8,00		113,42
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.417,82	113,42
			Valor Líquido ➡	1.304,40
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 19436-0			1.191,49	1.417,82
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.417,82	113,42
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.304,40	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	8,00		113,42
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.417,82	113,42
			Valor Líquido ➡	1.304,40
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 19436-0			1.191,49	1.417,82
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.417,82	113,42
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.304,40	0,00

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

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



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.721,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 vinte e um 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Mensalista

Folha Mensal
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,21
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	170,21
			Valor Líquido ➡	1.721,12
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Conta corrente: 107885-2	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.341,94
				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
Mensalista
Folha Mensal
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	9,00		170,21
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	170,21
			Valor Líquido ➡	1.721,12
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Conta corrente: 107885-2	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.341,94
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convenção 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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.544,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e quarenta e quatro reais 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Mensalista

Folha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	14,02	95,28	
998	I.N.S.S.	9,00		256,74
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,90
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.852,69	308,64
			Valor Líquido ➡	2.544,05
BANCO DO BRASIL 1 Conta poupança: 25625-0 Agência: 0273 - 9				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	2.852,69	2.852,69	228,21	2.595,95
				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
Mensalista

Folha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	14,02	95,28	
998	I.N.S.S.	9,00		256,74
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		51,90
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.852,69	308,64
			Valor Líquido ➡	2.544,05
BANCO DO BRASIL 1 Conta poupança: 25625-0 Agência: 0273 - 9				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	2.852,69	2.852,69	228,21	2.595,95
				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



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido →	1.478,18
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.478,18	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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido →	1.478,18
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.478,18	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.838,69 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e sessenta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Mensalista

Folha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	11,00		358,31
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		60,41
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.257,41	418,72
			Valor Líquido ➡	2.838,69

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.709,51	7,50

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 20679-2

Agência: 448 - 0

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

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
Mensalista

Folha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	11,00		358,31
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		60,41
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.257,41	418,72
			Valor Líquido ➡	2.838,69

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.709,51	7,50

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 20679-2

Agência: 448 - 0

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

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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	93,18	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,93	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
SALÁRIO DO BRASIL 1		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS
Conta corrente: 19003-9		1.397,71	1.606,71	1.606,71
Agência: 448 - 0			F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
			128,53	1.478,18
				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
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	93,18	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,93	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
SALÁRIO DO BRASIL 1		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS
Conta corrente: 19003-9		1.397,71	1.606,71	1.606,71
Agência: 448 - 0			F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
			128,53	1.478,18
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.739,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e trinta e nove reais e sessenta e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	172,04
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95	
998	I.N.S.S.	9,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.911,66	172,04
			Valor Líquido ➡	1.739,62
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19412-3			Agência: 448 - 0	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.911,66	1.911,66	152,93	1.739,62
				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
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95	
998	I.N.S.S.	9,00		172,04
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.911,66	172,04
			Valor Líquido ➡	1.739,62
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19412-3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.911,66	1.911,66	152,93	1.739,62
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.471,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LUIS FERNANDO BETONI, na conta 19.422, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e quatrocentos e setenta e um reais e oitenta e seis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	1,40	9,51	
998	I.N.S.S.	9,00		249,02
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		46,04
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.766,92	295,06
			Valor Líquido ➡	2.471,86
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	2.766,92	2.766,92	221,35	2.517,90
				Faixa IRRF
				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
Fevereiro de 2020

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

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	1,40	9,51	
998	I.N.S.S.	9,00		249,02
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		46,04
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.766,92	295,06
			Valor Líquido ➡	2.471,86
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	2.766,92	2.766,92	221,35	2.517,90
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 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	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19415-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.478,18
				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
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 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	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19415-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.478,18
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.335,23 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 cinco reais e vinte e três centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		116,10

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 16147-0

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.335,23	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 10 DE MARÇO ***

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		116,10

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 16147-0

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.335,23	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 10 DE MARÇO ***

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



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.487,77 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	4,18	28,41	
998	I.N.S.S.	9,00		250,72
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		47,33

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.785,82	298,05
			Valor Líquido ➡	2.487,77

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.785,82	2.785,82	222,86	2.535,10	7,50

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 18 DE MARÇO ***

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
Fevereiro 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	4,18	28,41	
998	I.N.S.S.	9,00		250,72
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		47,33

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.785,82	298,05
			Valor Líquido ➡	2.487,77

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.785,82	2.785,82	222,86	2.535,10	7,50

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 18 DE MARÇO ***

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
 Secretária do Estado da Saúde
 UGE: 090196. - Hospital Estadual
 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 26458-X				
Agência: 373 - 5				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.478,18
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,00		128,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.606,71	128,53	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5			Valor Líquido ➡	1.478,18	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.478,18	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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.349,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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.

(Um mil e trezentos e quarenta e nove reais e um centavo)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	2,00	169,89	
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	13,00	1.104,31	
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	15,00	1.274,21	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	87,61	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,93	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	90,57	
3013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	104,50	
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	15,00		1.378,71
998	I.N.S.S.	8,00		117,30

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19553-7

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	1.466,31	1.466,31	117,30	1.349,01	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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	2,00	169,89	
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	13,00	1.104,31	
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	15,00	1.274,21	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	87,61	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,93	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	90,57	
3013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	104,50	
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	15,00		1.378,71
998	I.N.S.S.	8,00		117,30

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19553-7

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	1.466,31	1.466,31	117,30	1.349,01	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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.702,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 dois reais e sessenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		168,39
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	168,39
			Valor Líquido ➡	1.702,61
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.702,61
				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
Fevereiro de 2020

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

ódi	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	9,00		168,39
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	168,39
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.702,61
Conta corrente: 19428-X				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.702,61
				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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA 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	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.288,59	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

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
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA 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	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.288,59	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.463,86 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quatrocentos e sessenta e três reais e oitenta e seis centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,00		248,16
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,39
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.757,41	293,55
			Valor Líquido ➡	2.463,86
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 19439-5			2.548,41	2.757,41
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			2.757,41	220,59
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			2.509,25	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
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,00		248,16
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,39
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.757,41	293,55
			Valor Líquido ➡	2.463,86
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 19439-5			2.548,41	2.757,41
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			2.757,41	220,59
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			2.509,25	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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.511,68 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 onze reais e sessenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	131,44
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.643,12	131,44
			Valor Líquido ➡	1.511,68
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19429-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.191,49	1.643,12	1.643,12	131,44	1.322,09
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,00		131,44
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.643,12	131,44
			Valor Líquido ➡	1.511,68
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19429-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.191,49	1.643,12	1.643,12	131,44	1.322,09
				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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 124,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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.

(Cento e vinte e quatro reais e quinze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,39	0,39	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	1,16	1,16	
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,66	14,66	
806	MEDIA HORAS FERIAS	239,98	239,98	
807	VANTAGENS FERIAS	200,87	200,87	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	602,21	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.165,69
812	INSS FERIAS	9,00		216,79
821	INSS DIFERENÇA FERIAS	9,00		1,37
998	I.N.S.S.	8,00		10,91
942	IRRF FERIAS	7,50		26,36
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.545,27	2.421,12
			Valor Líquido ➡	124,15

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

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	2.545,27	2.545,27	203,61	124,15	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
Fevereiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENÇA DE 1/3 DE FERIAS	0,39	0,39	
3192	DIFERENÇA ADICIONAL FERIAS	1,16	1,16	
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,66	14,66	
806	MEDIA HORAS FERIAS	239,98	239,98	
807	VANTAGENS FERIAS	200,87	200,87	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	602,21	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.351,12	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.165,69
812	INSS FERIAS	9,00		216,79
821	INSS DIFERENÇA FERIAS	9,00		1,37
998	I.N.S.S.	8,00		10,91
942	IRRF FERIAS	7,50		26,36
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.545,27	2.421,12
			Valor Líquido ➡	124,15

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

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	2.545,27	2.545,27	203,61	124,15	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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezoito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTIMIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	128,53
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 199303-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	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
Fevereiro de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,18
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 199303-8				

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 4.510,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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.

(Quatro mil e quinhentos e dez reais e oitenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENÇA DISSIDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	688,00	688,00	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	11,00		508,20
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,03
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			5.308,04	797,23
			Valor Líquido ➡	4.510,81

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 6921 - 3			
Conta poupança: 197087-9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.111,84	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro 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	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	688,00	688,00	
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58	
998	I.N.S.S.	11,00		508,20
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,03
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			5.308,04	797,23
			Valor Líquido ➡	4.510,81

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 6921 - 3			
Conta poupança: 197087-9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.111,84	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 1.478,19 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, 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 oito reais e dezenove 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,00		128,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,72	128,53
			Valor Líquido ➡	1.478,19
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.099,01
				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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,00		128,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.606,72	128,53	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.478,19	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.099,01	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

G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.921,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e novecentos e vinte e um reais e um centavo)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00	
998	I.N.S.S.	11,00		369,31
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		67,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.357,41	436,40
			Valor Líquido ➡	2.921,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.357,41	3.357,41	268,59	2.798,51	7,50

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 17558-7 Agência: 448 - 0

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 27 DE MARÇO ***

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
Fevereiro de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
27	ADICIONAL RT	600,00	600,00	
998	I.N.S.S.	11,00		369,31
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		67,09
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.357,41	436,40
			Valor Líquido ➡	2.921,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.357,41	3.357,41	268,59	2.798,51	7,50

ANCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 17558-7 Agência: 448 - 0

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 27 DE MARÇO ***

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



G33705122509070947
05/04/2020 16:33:58

Aviso de lançamento

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

Data 06/03/2020 Valor R\$ 2.699,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 89, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e seiscentos e noventa e nove reais e cinqüenta 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:33:58

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
Fevereiro 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	41,21	280,05	
998	I.N.S.S.	9,00		273,37
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		64,51
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.037,46	337,88
			Valor Líquido →	2.699,58

ANCO DO BRASIL 1	Agência: 0295 - X	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta salário: 87139-7		2.548,41	3.037,46	3.037,46	242,99	2.764,09	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
Fevereiro 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	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	41,21	280,05	
998	I.N.S.S.	9,00		273,37
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		64,51
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.037,46	337,88
			Valor Líquido →	2.699,58

ANCO DO BRASIL 1	Agência: 0295 - X	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta salário: 87139-7		2.548,41	3.037,46	3.037,46	242,99	2.764,09	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====
Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85840000072-8 02890179200-4
30763805084-3 53494610008-6
Data do pagamento 06/03/2020
CNPJ/CEI/CPF 45349461/0008-89
COMPETENCIA 02/2020
CODIGO RECOLHIMENTO 115
VENCIMENTO 07/03/2020
VALOR DEPOSITO 7.202,89
Valor Total 7.202,89
=====

DOCUMENTO: 030602

AUTENTICACAO SISBB: 9.607.5B1.896.C47.1F4

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.03
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: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA

CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES

CPF/CNPJ: 294.873.608-08

VALOR: R\$ 591,36

DEBITO EM: 06/03/2020

=====

DOCUMENTO: 030601

AUTENTICACAO SISBB: 3.69A.DD0.212.F4B.863

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Fevereiro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	559,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
998	I.N.S.S.	8,00		51,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			642,78	51,42	
			Valor Líquido →	591,36	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,95		642,78	642,78	51,42	401,77
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Fevereiro de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	12,00	559,18		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60		
998	I.N.S.S.	8,00		51,42	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			642,78	51,42	
			Valor Líquido →	591,36	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,95		642,78	642,78	51,42	401,77
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 04/03/2020 - 15:23:46

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 90.036,24	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 02/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/03/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.202,89	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 7.202,89
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/03/2020

858400000728 028901792004 307638050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 04/03/2020 - 15:23:46

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 90.036,24	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 02/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/03/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 7.202,89	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 7.202,89
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/03/2020

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

858400000728 028901792004 307638050843 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



09/03/20
211

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

858400000728 028901792004 307638050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 02/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305
TOMADOR/OBRA:

INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR		PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPOSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	0,00	125.20024.54-4	20/10/2018	01		13/02/2020	P3
3.165,16		0,00	348,16			253,22	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		14/02/2020	Z5
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	0,00	128.09298.18-3	22/03/2019	01		06/02/2020	P3
1.606,71		0,00	128,53			128,54	
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01		15/02/2020	Z5
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01		16/02/2020	Q1
CATIA FERNANDA FERRAZ	0,00	129.80319.17-3	04/10/2017	01		13/01/2020	Q1
1.863,77		0,00	167,73			149,11	
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3	04/10/2017	01		17/12/2019	P1
1.466,31	0,00	0,00	117,30			117,30	
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3	04/10/2017	01		15/02/2020	Z5
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3	04/10/2017	01		16/02/2020	Q1
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	0,00	204.92505.78-5	04/10/2017	01		07/02/2020	P3
1.606,71		0,00	128,53			128,53	
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		09/02/2020	Z5
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01			
1.891,33	0,00	0,00	170,21			151,31	
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	0,00	133.59258.89-3	04/10/2017	01		256,18	
3.202,22		0,00	352,24				
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	0,00	180.90148.36-6	04/10/2017	01		128,53	
1.606,71		0,00	128,53				
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		125.41159.51-1	04/10/2017	01		149,69	
1.871,00	0,00	0,00	168,39				

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

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

858400000728 028901792004 307638050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

COMP: 02/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305

INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89

FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

TOMADOR/OBRA:

INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
FEAS: 639	OUTRAS ENT:	SIMPLES: 1	RAT: 2.0	INSCRIÇÃO:								
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.850,67	0,00	160.99087.56-8	0,00	23/07/2018	01	166,56	01			148,05	03222
BIANCA CAETANO COSTA	2.757,41	0,00	128.98626.17-3	0,00	17/01/2018	01	248,16	01			220,60	02235
BRUNA BERALDO FERRANTE	2.831,55	0,00	209.83236.77-6	0,00	20/12/2019	01	254,83	01			226,52	02235
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.850,69	0,00	125.02011.74-6	0,00	03/05/2019	01	166,56	01			148,06	03222
DEBORA CRISTINA LOCHE	1.660,45	0,00	203.38786.55-9	0,00	04/10/2017	01	132,83	01			132,83	04110
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ	1.818,57	0,00	204.40341.55-2	0,00	04/10/2017	01	145,48	01			145,48	03222
EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA	1.850,67	0,00	124.85513.93-9	0,00	04/10/2017	01	166,56	01			148,06	03222
EDILENE MANOEL	2.124,43	0,00	209.15153.56-9	0,00	04/10/2017	01	191,19	01			169,95	03222
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.606,71	0,00	126.22542.14-5	0,00	04/10/2017	01	128,53	01			128,54	03222
ELIANA CRISTINA RODRIGUES	642,78	0,00	209.15162.89-4	0,00	19/02/2020	01	51,42	01			51,42	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO	1.645,99	0,00	132.60974.45-7	0,00	04/10/2017	01	131,67	01			131,68	03222
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.417,82	0,00	207.86720.36-5	0,00	04/10/2017	01	113,42	01			113,42	04110
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.417,82	0,00	169.20547.00-8	0,00	04/10/2017	01	113,42	01			113,42	04110
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.891,33	0,00	122.35412.21-3	0,00	04/10/2017	01	170,21	01			151,31	03222
JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	2.852,69	0,00	206.75977.19-8	0,00	12/06/2018	01	256,74	01			228,21	02236

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/01/2020) TABELAS 40.0 (12/02/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 04/03/2020
HORA: 15:23:46
PÁG : 0003/0007

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

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

858400000728 028901792004 307638050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

COMP: 02/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305

INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

TOMADOR/OBRA:

SIMPLES: 1 RAT: 2.0

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL	BASE CÁL 13°SAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB	SEG	DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD	MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO	JAM
			BASE CÁL	PREV SOCIAL												

KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA

1.606,71

LAIS MARANI SILVA

3.257,41

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS

1.911,66

LUIS FERNANDO BETONI

2.766,92

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

1.606,71

MARCIA MAIARA POSSENTI

1.451,33

NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE

2.785,82

NATALIA PAZINATO DA SILVA

1.606,71

PATRICIA ADRIANA FERREIRA

1.871,00

PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA

1.606,71

PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA

2.757,41

REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA

1.643,12

RICARDO DE CARVALHO

2.545,27

SONIA DOS SANTOS ROCHA

1.891,62

SONIA MARIA RIZZO

1.606,71

164.11866.81-4

0,00

129.46882.17-0

0,00

163.67215.87-6

0,00

204.92499.89-0

0,00

203.30629.68-3

0,00

204.89256.27-3

0,00

236.44631.30-8

0,00

204.97661.73-4

0,00

190.47976.86-2

0,00

236.45761.69-8

0,00

127.24425.16-4

0,00

126.82653.15-6

0,00

125.51156.27-2

0,00

116.26217.35-6

0,00

120.98824.43-4

0,00

04/10/2017

128,53

03/05/2019

358,31

04/10/2017

172,04

04/10/2017

249,02

04/10/2017

128,53

04/10/2017

116,10

04/10/2017

250,72

25/01/2019

128,53

04/10/2017

168,39

04/10/2017

128,53

04/10/2017

248,16

04/10/2017

131,44

04/10/2017

229,07

17/09/2019

170,24

04/10/2017

128,53

03222

0,00

02234

0,00

03222

0,00

02236

0,00

03222

0,00

04110

0,00

02236

0,00

03222

0,00

03222

0,00

03222

0,00

02235

0,00

04110

0,00

03222

0,00

03222

0,00

03222

0,00

03222

0,00

03222

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

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

8584000000728 028901792004 307638050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

COMP: 02/2020 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 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL	PIS/PASEP/CI		CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
			BASE CÁL 13°SAL	PREV SOC							
THAIS BOARETO DA SILVA	4.620,04	0,00	134.51447.81-8	0,00	15/09/2014	01	03			369,61	02235 0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.606,72	0,00	190.08698.55-5	0,00	11/06/2019	01				128,53	03222 0,00
VIVIANE LIE YOKOYAMA	3.357,41	0,00	125.93226.14-7	0,00	04/10/2017	01				268,60	02236 0,00
WILLIAN SOUZA SALADINI	3.037,46	0,00	158.61320.19-9	0,00	02/05/2018	01				243,00	02236 0,00

TOTALS DA EMPRESA/TOMADOR
90.036,24

0,00

0,00

8.162,75

7.202,89

0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

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

858400000728 028901792004 307638050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: JC8VMqkzXcK0000-1 N° ARQUIVO: HYSEIduBe9F0000-8
COMP: 02/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	UF: SP	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	43	90.036,24		0,00	90.036,24	0,00
TOTAIS:	43	90.036,24		0,00	90.036,24	0,00

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (16/01/2020) TABELAS 40.0 (12/02/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 04/03/2020
HORA: 15:23:46
PÁG: 0006/0007

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

858400000728 028901792004 307638050843 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: JC8VMqkzXcK0000-1 N° ARQUIVO: HYSEIduBe9F0000-8
COMP: 02/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 UF: SP CEP: 17230-000 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS CNAE: 8610102

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

FGTS - 8%

90.036,24

0,00

REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO

REMUNERAÇÃO 13° SALÁRIO

QUANTIDADE TRABALHADORES

43

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/03/2020

DEPÓSITO FGTS

ENCARGOS FGTS

7.202,89

0,00

CONTRIB SOCIAL

0,00

ENCARGOS CONTRIB SOCIAL

0,00

TOTAL RECOLHER

7.202,89

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

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: JC8VMqkzXcK0000-1 N° ARQUIVO: HYSEIduBe9F0000-8
COMP: 02/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 TELEFONE: 0011 3905 6104 CNAE: 8610102

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP: 4.320.25 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 8.162.75
SALÁRIO FAMÍLIA: 0.00 RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO: 0.00
SALÁRIO MATERNIDADE: 3.842.50 PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA: 100.00
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: PERÍODO FINAL: 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)
VALOR INFORMADO: 0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP: 0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA
15 ANOS: 0.00 20 ANOS: 4.620.04
QUANTIDADE: 0 1 25 ANOS: 0.00
QUANTIDADE: 0 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	0	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	1	P3:	0	Q1:	3	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0
U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	4

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:03
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

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

03399484570130000088019170201040881890000118243

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 30.603

DATA DE VENCIMENTO 09/03/2020

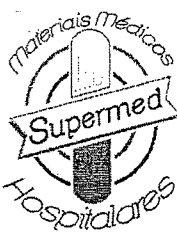
DATA DO PAGAMENTO 06/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.182,43

VALOR COBRADO 1.182,43
=====

NR.AUTENTICACAO 0.006.61C.068.370.0FA

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 409382
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3120 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4093 8210 0069 3281

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
131203564969394 27/01/2020 20:25:02

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
27/01/2020

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

HORARIO DE ATENDIMENTO
28 JAN 2020

FATURA / DUPLICATA

001 09/03/2020 1.182,43

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.182,43	141,89	0,00	0,00	1.182,43
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	1.182,43

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

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

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			13,18	13,18

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
27328	DOMPERIDONA 10MG 60CP GEN-EMS LT 1D7988 (2)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1D7988, Qtde: 2 ,Data Fab: 19/09/2019, Data Val: 30/06/2021)	30049099	500	6108	CX	2	4,6000	9,20	9,20	1,10		12,00	
25930	METOPROLOL SUCCINATO 25MG 30CP GEN-ACCORD LT Y12531 (4)05/21 (Fornecedor: 1113, Lo- te: Y12531, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/05/2021)	30049039	000	6108	CX	4	12,2200	48,88	48,88	5,87		12,00	
26077	LUFEM GTS MORANGO 10ML -NATULAB LT 117231 (10)11/21 (Fornecedor: 960, Lote: 117231, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	FR	10	0,8800	8,80	8,80	1,06		12,00	
8067	CORTISONAL 100MG 50FAM-U.QUIMICA LT 19377- 82 (1)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1937782, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/10/2019, Data Val: 30/09/2021)	30043290	000	6108	CX	1	125,9400	125,94	125,94	15,11		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	5,2840	26,42	26,42	3,17		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

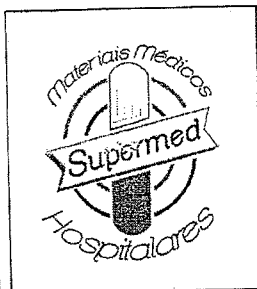
UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 6...
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 70,95
Pedido: 378644
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,565 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do
RICMS/MG
Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG
1604131434122200000007304445.
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 31/01/2020
ASS. Loaís

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-SAÍDA

1

Nº 409382
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0111 2060 9900 0107 5500 1000 4093 8210 0069 3281

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

131203564969394 27/01/2020 20:25:02

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

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
11123	METRONIDAZOL 0,5% 50FR 100ML GEN PL-JP LT 889119 (1)12/21 (Fornecedor: 1651, Lote: 889119, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2019, Da- ta Val: 30/12/2021)	30039076	000	6108	CX	1	569,1900	569,19	569,19	68,30		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	344,5000	344,50	344,50	41,34		12,00	
28432	AVENTAL DESC.ML C/PUNHO BR.20G C/10-PO- LARFIX LT 34564 (5)12/24 (Fornecedor: 199- 52, Lote: 34564, Qtde: 5 ,Data Fab: 10/12/ 2019, Data Val: 10/12/2024)	62101000	000	6108	PCT	5	9,9000	49,50	49,50	5,94		12,00	

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:03
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000088019168001048481890000134844

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 30.604

DATA DE VENCIMENTO 09/03/2020

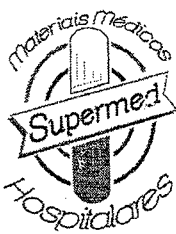
DATA DO PAGAMENTO 06/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.348,44

VALOR COBRADO 1.348,44

=====

NR.AUTENTICACAO 3.A34.905.807.ABD.A93

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 54789
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0547 8910 0130 9191

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./Venda de Merc.Adq.de Terc.STPROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200072249388 27/01/2020 20:35:17INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
27/01/2020ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
28 JAN. 2020MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 09/03/2020 1.348,44

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
1.126,43	174,34	0,00	0,00	1.348,44
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.348,44

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
9	CAIXA			55,44	55,44

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEK031 (6) 07/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEK031, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 01/07/2024)	65069900	200	5102	PCT	6	4,5500	27,30	27,30	4,91		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PC-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	7,5760	37,88					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (6) 06/2021 (Fornecedor: 208- 0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	6	11,3983	68,39	68,39	12,31		18,00	
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 25- OML-VICPHARMA LT C9037 (6) 07/2021 (Forne- cedor: 7744, Lote: C9037, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	33069000	060	5102	CX	6	5,8000	34,80					
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1905102 (1) 05/2021 (Fornecedor: 2029, Lote: 1905- 102, Qtde: 1, Data Fab: 30/05/2019, Data Val: 28/05/2021)	15121919	000	5102	CX	1	75,9900	75,99	75,99	13,68		18,00	

DADOS ADICIONAIS

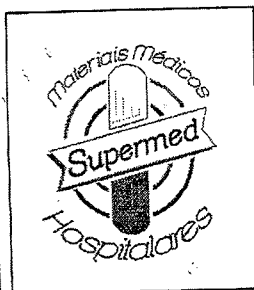
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 #R4V6R2V3..
ITEM 2 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEM 11 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 4 ICMS-ST retido por operação anterior base: 38,22 valor: 2,04
ITEM 11 ICMS-ST retido por operação anterior base: 147,28 valor: 14,02
Pedido: 54777
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 11
Rota....: 3 Cubagem: 0,36

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 31/01/2020
ASS. *laui*

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



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 54789
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0111 2060 9900 0441 5500 1000 0547 8910 0130 9191

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

135200072249388 27/01/2020 20:35:17

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

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 TMTX003 (3) 05/2024 (Forneced- dor: 1695, Lote: TMTX003, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/05/2024)	63079010	200	5102	PCT	3	4,1200	12,36	12,36	2,22		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 4557M4 (4) 11/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4557M4, Qtde: 4 ,Data Fab: 12/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	400	5102	CX	4	5,4925	21,97	21,97	2,64		12,00	
22209	LANCETA MEDISAFE SOLO 23G ROSA C/20- 0-TKL LT 248F314J4 (1) 06/2024 (Forneced- dor: 992, Lote: 248F314J4, Qtde: 1 ,Data Fab: 22/08/2019, Data Val: 01/06/2024)	90183999	200	5102	CX	1	29,6300	29,63	29,63	5,33		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0348 (6) 01/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0348, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/0- 2/2019, 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	18,0650	180,65	180,65	21,68		12,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE- RIATRIC LT 14491 (2) 12/2022 (Fornecedor: 7983, Lote: 14491, Qtde: 2 ,Data Fab: 17/- 12/2019, Data Val: 17/12/2022)	96190000	060	5405	FD	2	74,6650	149,33					
16983	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-NUGARD LT 346- 9240 (2) 03/2024 (Fornecedor: 7976, Lote: 3469240, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 31/03/2024)	40151900	200	5102	CX	2	157,7800	315,56	315,56	56,80		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310022C (1) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310022C, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/1- 2/2019, Data Val: 12/12/2024)	48191000	000	5102	CX	1	53,9900	53,99	53,99	9,72		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 25082019 (2) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 25082019, Qtde: 2 ,Data Fab: 25/08/- 2019, Data Val: 25/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	2	17,4800	34,96	34,96	6,29		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA00016 (2) 05/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SEEA00016, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90189099	200	5102	PCT	2	17,3050	34,61	34,61	6,24		18,00	
11092	OMEPRAZOL 40MG IV 25FAM+DIL 10ML GEN-CRISTALIA LT 19090441 (1) 09/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19090441, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/09/2019, Data Val: 02/09/20- 21)	30049069	000	5102	CX	1	143,6600	143,66	143,66	17,24		12,00	

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100683763593281900000075307

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 30.605

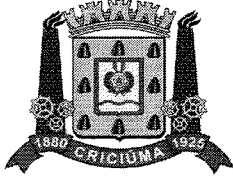
DATA DE VENCIMENTO 10/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 753,07

VALOR COBRADO 753,07
=====

NR.AUTENTICACAO 1.BAA.ED2.9E3.1C3.275



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

Número do RPS 1021604	Número da nota 1055327
Data da emissão da nota 14/02/2020 22:41:33	
Data do fato gerador 12/02/2020 20:38:03	
Código de verificação GD9A-YXZYQ	

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 2/2020.	753,07	1	753,07	753,07 x	2,00 =	15,06

VENCIMENTOS: (10/03/2020 - 753,07) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R\$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

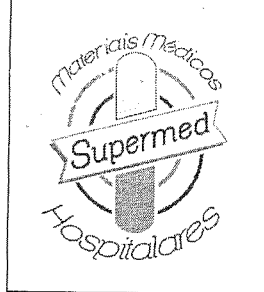
PIS/PASEP R\$ 0,00	COFINS R\$ 0,00	INSS R\$ 0,00	IR R\$ 0,00	CSLL R\$ 0,00
VALOR BRUTO DA NOTA = R\$ 753,07			VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 753,07	

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



**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 411913
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0211 2060 9900 0107 5500 1000 4119 1310 0091 6953

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

131203573899154 04/02/2020 16:35:22

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

04/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

04 FEV 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 10/03/2020 567,03

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
567,03	49,99	0,00	0,00	567,03
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
				567,03

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

5

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

6,85

PESO LÍQUIDO

6,85

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22406	ENOXAPARINA (CUTENOX SD) 20MG 10SER. 0,2ML IV/SC-MYLAN LT JA808X (1)04/20 (Fornecedor: 4, Lote: JA808X, Qtde: 1, Data Fab: 31/08/2018, Data Val: 30/04/2020)	30049099	200	6108	CX	1	82,1700	82,17	82,17	3,29		4,00	
11299	HYPOCINA COMPOSTA 50AMP 5ML-HYPOFARMA LT 19080799 (1)08/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19080799, Qtde: 1, Data Fab: 03/10/2019, Data Val: 31/08/2021)	30044990	000	6108	CX	1	82,7700	82,77	82,77	9,93		12,00	
9892	FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-HYPOFARMA LT 19101077 (1)10/21 (Fornecedor: 131, Lote: 19101077, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2021)	30049076	000	6108	CX	1	48,2600	48,26	48,26	5,79		12,00	
4472	KLARICID 500MG 1FAM-ABBOTT LT 96061TB22 (3)11/20 (Fornecedor: 4, Lote: 96061TB22, Qtde: 3, Data Fab: 20/08/2019, Data Val: 30/11/2020)	30042029	200	6108	FAM	3	34,6200	103,86	103,86	4,15		4,00	
8532	AGUA P. INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT ANH2 (2)10/21 (Fornecedor: 15842, Lote: ANH2, Qtde: 2, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/10/2021)	30049099	000	6108	CX	2	77,3500	154,70	154,70	18,56		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 13 B 1...
ITENS 1,4,7 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal).
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 52,08
Pedido: 381099
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: 0,02

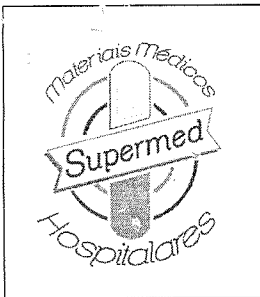
RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/02/2020
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

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

**PERECÍVEL
URGENTE**



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 411913
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

131203573899154 04/02/2020 16:35:22

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

131203573899154 04/02/2020 16:35:22

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

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
12469	TRAMADOL 50MG 50CAPS GEN-TEUTO A2 LT 2601-340 (2)08/21 (Fornecedor: 258, Lote: 2601-340, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30049039	000	6108	CX	2	10,3400	20,68	20,68	2,48		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19002595 (2)06/21 (Fornecedor: 58, Lote: BF19002595, Qtde: 2, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	30043100	300	6108	FR	2	19,8200	39,64	39,64	1,59		4,00	
23802	ACICLOVIR 200MG 25CP GEN-PHARLAB LT 19002-160 (3)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 190021-60, Qtde: 3, Data Fab: 10/09/2019, Data Val: 31/05/2021)	30049069	000	6108	CX	3	6,7100	20,13	20,13	2,42		12,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/-98) LT 19040133 (1)04/21 (Fornecedor: 727, Lote: 19040133, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/-2019, Data Val: 30/04/2021)	30049039	000	6108	CX	1	14,8200	14,82	14,82	1,78		12,00	

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

Termo Aditivo
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UG: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000088025515801048481900000079415

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 30.607

DATA DE VENCIMENTO 10/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 794,15

VALOR COBRADO 794,15
=====

NR.AUTENTICACAO E.6F9.C63.596.98B.2EC

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:0740350, Fone:11-4934-1700**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 56778
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0211 2060 9900 0441 5500 1000 0567 7810 0098 6830

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

135200096803396 04/02/2020 16:32:25

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

04/02/2020

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

DATA ENTRADA/SAIDA

04 FEV 2020

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 10/03/2020 794,15

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	794,15	VALOR DO ICMS	126,51	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	794,15
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	794,15

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

3

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

21,85

PESO LÍQUIDO

21,85

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
25127	AT.CREPE 15X4,5(1,8)13F DZ-EUROPA LT 33603 (5) 11/2024 (Fornecedor: 19952, Lote: 336-03, Qtde: 5, Data Fab: 12/11/2019, Data Val: 12/11/2024)	30059090	500	5102	DZ	5	7,3800	36,90	36,90	6,64		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 201900705 (2) 07/2024 (Fornecedor: 241-4, Lote: 201900705, Qtde: 2, Data Fab: 05/07/2019, Data Val: 06/07/2024)	90183999	200	5102	CX	2	17,4900	34,98	34,98	6,30		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA0004 (1) 03/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0004, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 31/03-2024)	90189010	200	5102	PCT	1	21,9400	21,94	21,94	3,95		18,00	
6104	SONDA URETRAL N.14 C/10-MARK MED LT 11794 (1) 07/2022 (Fornecedor: 4, Lote: 11794, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2018, Data Val: 01/07/2022)	90183929	000	5102	PCT	1	5,1800	5,18	5,18	0,93		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (8) 06/2021 (Fornecedor: 208-0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 8, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	8	12,0800	96,64	96,64	17,40		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 #R2V2R5V1..

Pedido: 56772

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

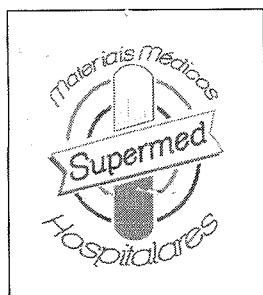
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota.....: 3 Cubagem: 0,13

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/02/2020
ASS. Indeiro**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 Automotiva - 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 56778
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0211 2060 9900 0441 5500 1000 0567 7810 0098 6830

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

135200096803396 04/02/2020 16:32:25

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	0,8300	83,00	83,00	14,94		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 4454M4 (5) 11/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4454M4, Qtde: 5 ,Data Fab: 12/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	400	5102	CX	5	6,0300	30,15	30,15	3,62		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 3447M4 (1) 08/ 2024 \ LT 3450M4 (1) 08/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3447M4, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/ 08/2019, Data Val: 31/08/2024 / Fornece- dor: 7737, Lote: 3450M4, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	2	5,3600	10,72	10,72	1,29		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 3483M4 (2) 08/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3483M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	2	5,2800	10,56	10,56	1,27		12,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20- 0-TRK LT Z2J814L3 (1) 09/2024 (Fornecedor: 992, Lote: Z2J814L3, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/10/2019, Data Val: 01/09/2024)	90183999	200	5102	CX	1	32,4500	32,45	32,45	5,84		18,00	
21431	NYLON PRETO 3/0 45CM 3/8 CIRCULO TRIANGU- LAR 20MM C/24-PROCA LT 41618102 (1) 10/20- 23 (Fornecedor: 2080, Lote: 41618102, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/10/2018, Data Val: 30/10/2023)	30061090	200	5102	CX	1	22,1700	22,17	22,17	3,99		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0364 (4) 02/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0364, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/0- 3/2019, Data Val: 28/02/2024)	90183119	200	5102	CX	4	22,5000	90,00	90,00	10,80		12,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0400 (6) 05/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0400, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/0- 6/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183119	200	5102	CX	6	19,1400	114,84	114,84	13,78		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: 01/11/20- 19, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	5102	CX	1	167,2800	167,28	167,28	30,11		18,00	
23617	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT PGC C/25-DESCAR LT SEMAA0252 (1) 06/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SEMAA0252, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	19,6100	19,61	19,61	3,53		18,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 1922847 (3) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lo- te: 1922847, Qtde: 3 ,Data Fab: 28/11/201- 9, Data Val: 28/11/2021)	30049099	000	5102	TB	3	5,9100	17,73	17,73	2,12		12,00	

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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613992743713359100002034312681920000048360
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	30.608
NOSSO NUMERO	6139274371
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	12/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	483,60
VALOR COBRADO	483,60

=====

NR.AUTENTICACAO 8.5D4.97C.0AB.D88.FBD



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1072149
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0104 0278 9400 0326 5500 1001 0721 4910 0075 4660

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152202871373827 27/01/2020 20:42:17

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

27/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

27/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
20:30

FATURA / DUPLICATA

001 12/03/2020 483,60

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
450,49	31,26	0,00	0,00	483,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				483,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEÍCULO PRÓPRIO	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AV. JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO			UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,60	PESO LÍQUIDO 2,60

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24968	VANCOMICINA 500MG 50/10MLF/A GEN-TEUTO (Lote: 1935403, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/20-21)	30042071	020	6108	CX	1	195,0000	195,00	162,49	19,50		12,00	
32906	CARBAMAZEPINA 200MG C/30 GEN-NEO QUIMICA C1 (Lote: B19L1565, Qtde: 1, Dt Val: 30/1-1/2021)	30049069	520	6108	CX	1	3,6000	3,60	3,00	0,36		12,00	
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365-060BD 365060 (Lote: 9092593, Qtde: 100, Dt Val: 31/03/2021)	90183119	200	6108	CX	100	2,8500	285,00	285,00	11,40		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO

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 3 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

ITEM 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III

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

ITEM 1 e 2 ALIQ.12% CF LEI GERICOSSP 16005/2015

ITEM 3 Aliq. 12% conf. art. 54 inciso XV da alinea "D" do RICMS/SP

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 22,80

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 31,26, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 31,26

Pedido: 1144457

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.: ISENTO -

Endereco.: RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 28/01/2020

ASS. *Prodan*

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613992746103359200002034312881920000050055

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

30.609

NOSSO NUMERO

6139274610

CONVENIO

00000000

DATA DE VENCIMENTO

12/03/2020

DATA DO PAGAMENTO

06/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO

500,55

VALOR COBRADO

500,55

=====

NR.AUTENTICACAO

C.93F.62A.9E7.A29.759



**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 30094
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0104 0278 9400 0750 5500 1000 0300 9410 0123 8696

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

135200072174881 27/01/2020 20:02:17

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

27/01/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

27/01/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

20:00

FATURA / DUPLICATA

001 12/03/2020 500,55

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
494,32	62,58	0,00	0,00	500,55
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPÍ
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				500,55

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 1,50	PESO LÍQUIDO 1,50

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
21476	DIPIFARMA 100/2ML-FARMACE (Lote: DP1-9M404, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2021)	30039099	000	5102	CX	1	50,3500	50,35	50,35	9,07		18,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NG2647, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2021)	30041019	000	5102	CX	1	440,0000	440,00	440,00	52,80		12,00	
20399	CLOR.TRAMADOL 50MS C/10CP GEN-BMS A2 (Lote: 0X9828, Qtde: 3, Dt Val: 30/11/2020)	30049099	520	5102	CX	3	3,4000	10,20	3,97	0,71		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
ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENEICOSSP 16005/2015
ITEM 3 Redução de Base cf. artigo 3º, XXIV do AnexoII, do RICMS/00 SP
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 62,58, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 62,58
Pedido: 34169
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/01/2020
ASS. hadora

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339967614658000000500030101018181950000950000

BENEFICIARIO:

ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP

NOME FANTASIA:

ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP

CNPJ: 14.352.079/0001-24

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 30.610

DATA DE VENCIMENTO 15/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 9.500,00

VALOR COBRADO 9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.FA3.C71.CF6.332.66C

		PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 940					
Data e Hora da Emissão		02/03/2020 10:10:46		Competência		2/3/2020		Código de Verificação		8LN4SWFH5	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		RIBEIRAO PRETO - SP	
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI - EPP									
Nome Fantasia		ECQ									
CNPJ/CPF		14.352.079/0001-24		Inscrição Municipal		20004074		Município		RIBEIRAO PRETO - SP	
Endereço e Cep		RUA THOMAZ NOGUEIRA GAIA ,544 - JARDIM SÃO LUIZ CEP: 14020-290									
Complemento:				Telefone:		16034427432		e-mail:			
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		BILAC - SP	
Endereço e CEP		RUA SETE DE SETEMBRO ,529 - CENTRO CEP: 16210-000									
Complemento:				Telefone:		(14)3532-5198		e-mail:		financeiro@ahbb.org.br	
Discriminação dos Serviços											
Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares. Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis. Convênio 0107/2017 Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014. Alíquota do ISS igual a 2,79%. Pagamento conforme boleto.											
Código do Serviço / Atividade											
14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONCERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORI AIS..											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra								Código ART			
Tributos Federais											
PIS				COFINS				IR(R\$)			
INSS(R\$)				CSLL(R\$)							
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$		9.500,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		9.500,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		9.500,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,79			
(-) ISS Retido		0,00		1 - Sim		ISS a reter:		() Sim (X) Não			
(=) Valor Líquido R\$		9.500,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$		0,00			
				2-Não							
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, ribeirãopreto.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3- Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.									
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio											

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000911458801013381950000007000

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 30.611

DATA DE VENCIMENTO 15/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 06/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 4.CF4.D0B.18B.A8B.904



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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190614079282903359300002034312481930000197000
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	30.612
NOSSO NUMERO	6140928290
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	13/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.970,00
VALOR COBRADO	1.970,00

=====

NR.AUTENTICACAO 1.7CF.08B.614.B42.34C



**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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 35155
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0204 0278 9400 0750 5500 1000 0351 5510 0055 7627

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

135200121351875 12/02/2020 18:10:32

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

12/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

12/02/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

18:06

FATURA / DUPLICATA

001 13/03/2020 1.970,00 002 12/04/2020 1.970,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.940,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				3.940,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 0,70	PESO LÍQUIDO 0,70

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
228	ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 9048-58, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2022)	30049019	240	5102	CX	2	1.970,0000	3.940,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES 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 Isencao CONV.ICMS 140/01
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 1.603,19, Federal, R\$ 1.603,19, Estadual, R\$ 0,00
Pedido: 40015
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/02/2020
ASS. *Sodora*

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



G33705122509070960
05/04/2020 16:36:58

Aviso de lançamento

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

Data 09/03/2020 Valor R\$ 3.592,83 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 92, 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.

(Três mil e quinhentos e noventa e dois reais e oitenta 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:36:58

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 125.93226.14-7	11 Nome VIVIANE LIE YOKOYAMA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Chácara ESTRADA MUNICIPAL KM50 - SITIO YOKOYAMA		13 Bairro BAIRRO PONTE SECA		
14 Município MIRANDOPOLIS	15 UF SP	16 CEP 16.800-000	17 CTPS (nº, série, UF) 81158 - 00154 / SP	18 CPF 259.873.048-81
19 Data de Nascimento 27/03/1977	20 Nome da Mãe KEICO YOKOYAMA			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 3.357,41	24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 8/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 679,58	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 55,73	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas %	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	R\$ 509,57	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 5/12 avos	R\$ 1.357,25	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 452,42
69 - Aviso-Prévio Indenizado 6/dias	R\$ 653,85	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
95 Outras Verbas (ADICIONAL RT)	R\$ 160,00				
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 3.868,40

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 123,74	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 38,21
114.1 IRRF	R\$ 113,62	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 275,57
		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		VALOR LÍQUIDO	R\$ 3.592,83

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 125.93226.14-7		11 Nome VIVIANE LIE YOKOYAMA		
17 CTPS (nº, série, UF) 81158 - 00154 / SP		18 CPF 259.873.048-81	19 Data de Nascimento 27/03/1977	20 Nome da Mãe KEICO YOKOYAMA
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA		

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

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

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

_____ 108 de Março de 2020.

ASSOCIACAO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL
150 Assinatura do Empregador (CNPJ)
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ 45.349.461/0008-89

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

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



G33705122509070960
05/04/2020 16:36:58

Aviso de lançamento

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

Data 09/03/2020 Valor R\$ 6.994,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 92, 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.

(Seis mil e novecentos e noventa e quatro reais 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:36:58

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 236.44631.30-8	11 Nome NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida PEROBAL , 1237					13 Bairro CENTRO
14 Município LAVINIA	15 UF SP	16 CEP 16.850-000	17 CTPS (nº, série, UF) 59375 - 00315 / SP		18 CPF 396.213.588-09
19 Data de Nascimento 18/03/1991	20 Nome da Mãe ALICE REDIGOLO GUINARAES FELIPE				

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 2.785,82	24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 8/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 679,58	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 55,73	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 2,10 horas 40%	R\$ 14,27
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	R\$ 468,18	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 5/12 avos	R\$ 1.175,67	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. 04/10/2018 a 03/10/2019	R\$ 2.888,12	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 1.354,60
69 - Aviso-Prévio Indenizado 6/dias	R\$ 571,29	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 7.207,44

DEDUÇÕES					
Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 103,19	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 35,11
114.1 IRRF	R\$ 75,09	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 213,39
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 6.994,05

Convênio nº 0407/2017
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

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI
45.349.461/0008-89

02 Razão Social/Nome
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP
236.44631.30-8

11 Nome
NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE

17 CTPS (nº, série, UF)
59375 - 00315 / SP

18 CPF
396.213.588-09

19 Data de Nascimento
18/03/1991

20 Nome da Mãe
ALICE REDIGOLO GUINARAES
FELIPE

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão
04/10/2017

25 Data do Aviso Prévio
07/02/2020

26 Data de Afastamento
08/03/2020

27 Cod. Afastamento
SJ2

29 Pensão Alim. (%) FGTS
0,00

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

31 Código Sindical
000.021.150.01669-0

32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM
ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

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

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

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

Mirandópolis, 52.08 de Março de 2020.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

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



Aviso de lançamento

G33705122509070960
05/04/2020 16:36:58

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

Data 09/03/2020 Valor R\$ 6.821,83 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 92, 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.

(Seis mil e oitocentos e vinte e um reais e oitenta 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 CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:36:58

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 204.92499.89-0	11 Nome LUIS FERNANDO BETONI			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua NACOES UNIDAS, 491				13 Bairro CENTRO
14 Município MIRANDOPOLIS	15 UF SP	16 CEP 16.800-000	17 CTPS (nº, série, UF) 54335 - 00315 / SP	18 CPF 375.492.158-47
19 Data de Nascimento 05/10/1989	20 Nome da Mãe LUZIA DE LIMA CASTILHA BETONI			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 2.766,92	24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS					
Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 8/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 679,58	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 55,73	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 1,08 horas 40%	R\$ 7,34
56 1 Horas Extras ____ horas a ____ %	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	R\$ 471,20	64 13º Salário-Exerc. ____ /12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 5/12 avos	R\$ 1.173,24	66 1 Férias Venc. Per. Aquis. 04/10/2018 a 03/10/2019	R\$ 2.772,45	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 1.315,23
69 - Aviso-Prévio Indenizado 6/dias	R\$ 556,71	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 7.031,48

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 101,26	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 35,34
114.1 IRRF	R\$ 73,05	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 209,65
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 6.821,83

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

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 204.92499.89-0		11 Nome LUIS FERNANDO BETONI		
17 CTPS (nº, série, UF) 54335 - 00315 / SP	18 CPF 375.492.158-47	19 Data de Nascimento 05/10/1989	20 Nome da Mãe LUZIA DE LIMA CASTILHA BETONI	
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 04/10/2017	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA		

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

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

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

Mirandópolis, 15P. 08 de março de 2020.

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL

150 Assinatura do Empregador
CNPJ: 45.349.461/0008-89
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

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



G33705122509070960
05/04/2020 16:36:58

Aviso de lançamento

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

Data 09/03/2020 Valor R\$ 4.140,77 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 92, 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.

(Quatro mil e cento e quarenta reais e setenta e sete centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:36:58

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 206.75977.19-8	11 Nome JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua PEREIRA BARRETO, 413				13 Bairro VILA FELTRINI
14 Município ANDRADINA	15 UF SP	16 CEP 16.900-440	17 CTPS (nº, série, UF) 025949 - 00370 / SP	18 CPF 393.118.558-39
19 Data de Nascimento 24/11/1989	20 Nome da Mãe JOSEFA MARIA DOS SANTOS			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 2.852,69	24 Data de Admissão 12/06/2018	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00		30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado	
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 8 dias Salário (líquido de 0 faltas e DSR)	R\$ 679,58	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 55,73	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ___ horas %	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ___ horas a %	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	R\$ 468,72	64.1 13º Salário-Exerc. ___ - ___/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 9/12 avos	R\$ 2.133,81	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 711,27
69 - Aviso-Prévio Indenizado 3/dias	R\$ 284,83	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 4.333,94

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ___/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 76,51	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 35,15
114.1 IRRF	R\$ 81,51	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
				TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 193,17
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 4.140,77

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

Josiane dos Santos Pereira

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI
45.349.461/0008-89

02 Razão Social/Nome
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP
206.75977.19-8

11 Nome
JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA

17 CTPS (nº, série, UF)
025949 - 00370 / SP

18 CPF
393.118.558-39

19 Data de Nascimento
24/11/1989

20 Nome da Mãe
JOSEFA MARIA DOS SANTOS

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Despedida sem justa causa, pelo empregador

24 Data de Admissão
12/06/2018

25 Data do Aviso Prévio
07/02/2020

26 Data de Afastamento
08/03/2020

27 Cod. Afastamento
SJ2

29 Pensão Alim. (%) FGTS
0,00

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

31 Código Sindical
000.021.150.01669-0

32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM
ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA

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

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

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

Mirandópolis, 108, de março de 2020.

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

150 Assinatura do Empregador ou Preposto
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

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



G33705122509070960
05/04/2020 16:36:58

Aviso de lançamento

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

Data 09/03/2020 Valor R\$ 4.730,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 92, 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.

(Quatro mil e setecentos e trinta reais e cinqüenta e três centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 05/04/2020 16:36:58

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

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

10 PIS/PASEP 158.61320.19-9	11 Nome WILLIAN SOUZA SALADINI				
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua RUA HEMENERGILDO BENEZ 720 , 720					13 Bairro CENTRO
14 Município MIRANDOPOLIS		15 UF SP	16 CEP 16.800-000	17 CTPS (nº, série, UF) 030224 - 00370 / SP	18 CPF 408.930.248-05
19 Data de Nascimento 21/04/1992		20 Nome da Mãe SIDNEIA DE SOUZA SALADINI			

DADOS DO CONTRATO

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
23 Remuneração Mês Ant. 3.037,46	24 Data de Admissão 02/05/2018	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 8/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 679,58	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 55,73	54 Adic. de Periculosidade %	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno 8,54 horas 40%	R\$ 58,04
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 2/12 avos	R\$ 494,44	64.1 13º Salário-Exerc. ____ /12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 10/12 avos	R\$ 2.520,35	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 840,12
69 - Aviso-Prévio Indenizado 3/dias	R\$ 304,29	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 4.952,55

DEDUÇÕES

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	112.1 Previdência Social	R\$ 83,10	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 37,08
114.1 IRRF	R\$ 101,84	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
		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		TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 222,02
				VALOR LÍQUIDO	R\$ 4.730,53

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR				
01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
TRABALHADOR				
10 PIS/PASEP 158.61320.19-9		11 Nome WILLIAN SOUZA SALADINI		
17 CTPS (nº, série, UF) 030224 - 00370 / SP		18 CPF 408.930.248-05	19 Data de Nascimento 21/04/1992	20 Nome da Mãe SIDNEIA DE SOUZA SALADINI
CONTRATO				
22 Causa do Afastamento Despedida sem justa causa, pelo empregador				
24 Data de Admissão 02/05/2018	25 Data do Aviso Prévio 07/02/2020	26 Data de Afastamento 08/03/2020	27 Cod. Afastamento SJ2	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00
30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado				
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0		32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA		

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

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

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

155.08 de março de 2020.

ASSOCIACAO HOSPITALAR
BENEFICENTE DO BRASIL
150 Assinatura do Representante Legal do Empregador
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

Willian Souza Saladini
151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.
Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190613738995803347700001526110181960000216950

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 30.901

NOSSO NUMERO 6137899580

CONVENIO 00000000

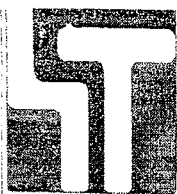
DATA DE VENCIMENTO 16/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.169,50

VALOR COBRADO 2.169,50
=====

NR.AUTENTICACAO D.DFC.11D.1E6.9B8.30F



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. 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

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

16/01/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001

15/02/2020

2.169,50

002

16/03/2020

2.169,50

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

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

CNPJ/CPF

14.990.752/0001-51

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

146964519117

QUANTIDADE

5

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

12,150

PESO LÍQUIDO

10,625

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

90189099

040

5101

UN

80.0000

16,96000000

1.356,80

0,00

0,00

0,00

0,00%

(CX 50UN)

Lote (S): OUT19902334318008 - Val

Idade: 31/10/2022

EE902300

EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO

90189099

040

5101

UN

70.0000

16,96000000

1.187,20

0,00

0,00

0,00

0,00%

(CX 50UN)

Lote (S): OUT19902334318008 - Val

Idade: 31/10/2022

EE900300

EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO

90189099

040

5101

UN

100.0000

17,95000000

1.795,00

0,00

0,00

0,00

0,00%

(CX 50UN)

Lote (S): NOV19900313520008 - Val

Idade: 30/11/2022

Endereço
AlternativoATENÇÃO
CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA
Prazo máximo para reclamação: 01 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: 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 Endereço de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO
MIRANDÓPOLIS, - *** Pedido de Venda: 442521 *** Cotação Numero: 0200 Valor
Aproximado dos Tributos: R\$ 1392,39 (32,09%).

RESERVADO AO FISCO

MHS - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21/01/2020
A33. JoãoConvênio 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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000443342007252804581960000218736

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 30.902

DATA DE VENCIMENTO 16/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.187,36

VALOR COBRADO 2.187,36

=====

NR.AUTENTICACAO 3.AA2.F54.2BB.347.51D



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

Número da Nota
44342

Data de Emissão
26/02/2020

Data e Hora da
Competência
26/02/2020 às 10:09:38

Código de Verificação
0000-0005-2362

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

Autenticação



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora 26/02/2020 às 11:09:31 Lote 52362
Número do RPS 0000-0005-2362 Sequência 52362

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1807	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA MES 02/2020.	2.330,7000	1,00	0,00	0,00	2.330,70

Valor Total dos Serviços - R\$2.330,70

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA MES 02/2020.

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
15,15	69,92		34,96	23,31		
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IMI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 2.330,70

Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Situação da Nota Fiscal
Normal

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço
Dentro do Município

Responsável pelo imposto
Prestador dos Serviços

Aliquota (%)	Base de Cál. (R\$)	Vlr. Total das Deduções (R\$)	Vlr. Total Retido (R\$)	Vlr. do ISS (R\$)
3,0000	2.330,70	0,00	143,34	69,92

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 2.187,36

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 44342 emitida em 26/02/2020 às 10:09:38 - Cód Verif 0000-0005-2362
Condições de Pagamento: Vencimento: 26/02/2020 Valor Total R\$ 2.330,70 Valor Líquido R\$ 2.187,36

Ass: _____ em ____/____/_____
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 004/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100780016176181960000093060

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 30.903

NOSSO NUMERO 17115360000780016

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 16/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 930,60

VALOR COBRADO 930,60

=====

NR.AUTENTICACAO 8.B12.D95.BC7.D68.920

Identificação do emitente Rioclarense COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA FACILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DO TOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP CEP 13916-074 - 1935225800		DNFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA 0 - ENTRADA 1 - SAIDA Nº. 1254621 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2546 2115 6500 5260 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 67.729.178/0004-91	
DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02		31/01/2020	
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400	
MUNICIPIO LINS		FONE / FAX 1836591243		UF SP	
FATURA/DUPLICATA		FATURA/DUPLIC.		FATURA/DUPLIC.	
FATURA/DUPLIC.		VENCIMENTO		VALOR	
1254621/1		16/03/2020		930,60	
CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	
930,60		111,67		0,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO	
0,00		0,00		0,00	
OUTRAS DESPESAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		930,60	
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT	
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		0 - Por conta do emitente			
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260		MUNICIPIO SAO JOSE DO RIO PRETO		UF SP	
QUANTIDADE 1,00		ESPÉCIE VOLUME(S)		PESO BRUTO	
				4,580	
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		NCM / SH		CST	
CÓDIGO		DESCRÇÃO PRODUTO / SERVIÇO		CFOP	
026207		PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (MYLAN/AGILA) (ITEM GENERICO) L: 7104426 Q: 20,0000 F: 30/07/18 V: 30/ 07/2020 L: 7104427 Q: 30,0000 F: 30/07/18 V: 30/07/2020		UN	
				QUANT.	
				VALOR UNITÁRIO	
				VALOR TOTAL	
				B.CALC. ICMS	
				VALOR ICMS	
				VALOR IPI	
				ALÍQUOTAS ICMS	
				IPI	
				0,00	
CÁLCULO DO ISSQN		INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	
550516029		0,00		0,00	
DADOS ADICIONAIS		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		RESERVADO AO FISCO	
		LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Faturar no CNPJ: 45.349.461/0001-02 Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandopolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 01/02/2020 Pedido: 1546597 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1546597 *** 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 Cobranca 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 Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL		ALBOUTA 03 102 2020 A. Rodona 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	

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000088056380401044581970000070255

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 30.904

DATA DE VENCIMENTO 17/03/2020

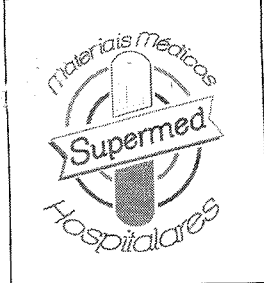
DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 702,55

VALOR COBRADO 702,55

=====

NR.AUTENTICACAO 8.A46.CF3.BC4.456.266



**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

Nº 58754
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3520 0211 2060 9900 0441 5500 1000 0587 5410 0049 5559

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
135200117395275 11/02/2020 17:58:34

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
11/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

Bairro/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
11 FEV 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/03/2020 702,55

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
611,53	86,63	0,00	0,00	702,55
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				702,55

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 21,44	PESO LÍQUIDO 21,44

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24177	FITA MICROPORE 25MMX90CM C/12-MISSNER LT CAM22801 (1) 09/2021 (Fornecedor: 187, Lote: CAM22801, Qtde: 1, Data Fab: 24/09/- 2019, Data Val: 23/09/2021)	30051090	000	5102	PCT	1	16,6300	16,63	16,63	2,99		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 1900045251 (6) 10/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900045251, Qtde: 6, Data Fab: 25/11/2019, Data Val: 11/10/- 2022)	90183921	040	5102	PC	6	8,2300	49,38					
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 25- OML-VICPHARMA LT C9037 (6) 07/2021 (Forne- cedor: 7744, Lote: C9037, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	33069000	060	5102	CX	6	6,9400	41,64					
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 4438M4 (3) 11/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4438M4, Qtde: 3, Data Fab: 14/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	400	5102	CX	3	6,2000	18,60	18,60	2,23		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 3447M4 (1) 08/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3447M4, Qtde: 1, Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	1	5,5200	5,52	5,52	0,66		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

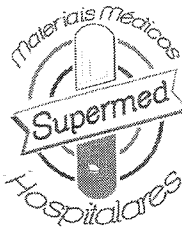
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 #R3V1R3V1..
ITEM 2 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEM 3 ICMS-ST retido por operação anterior base: 38,22 valor: 2,04
Pedido: 58756
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUATRO INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
NÚMERO (11) 4934-1703
Tubagem: 0,14

RESERVADO AO FISCO

RECEBIDO 12/02/2020
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
ASS. *naiz*

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

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



**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 58754
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0211 2060 9900 0441 5500 0587 5410 0049 5559

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.

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200117395275 11/02/2020 17:58:34

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4672M4 (1) 11/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4672M4, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	400	5102	CX	1	5,4300	5,43	5,43	0,65		12,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA0005 (2) 04/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SLAKAA0005, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183999	200	5102	CX	2	16,9600	33,92	33,92	6,11		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0348 (6) 01/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0348, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/0- 2/2019, Data Val: 31/01/2024)	90183119	200	5102	CX	6	23,4200	140,52	140,52	16,86		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	20,3300	203,30	203,30	24,40		12,00	
23675	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/1- 0-DANNY LT DCSV-010/18 (1) 06/2023 (Forne- cedor: 2413, Lote: DCSV-010/18, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 30/06/20- 23)	39262000	200	5102	CX	1	106,0500	106,05	106,05	19,09		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 25082019 (2) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 25082019, Qtde: 2 ,Data Fab: 25/08/- 2019, Data Val: 25/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	2	22,3900	44,78	44,78	8,06		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA00016 (1) 05/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SEEA00016, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90189099	200	5102	PCT	1	19,4700	19,47	19,47	3,50		18,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 1921976 (3) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lo- te: 1921976, Qtde: 3 ,Data Fab: 11/11/201- 9, Data Val: 11/11/2021)	30049099	000	5102	TB	3	5,7700	17,31	17,31	2,08		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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000088056383901040881970000055224

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	30.905
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	17/03/2020
--------------------	------------

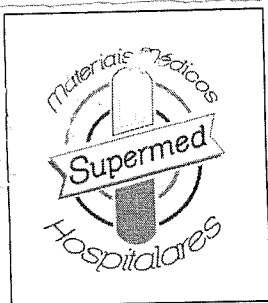
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	552,24
--------------------	--------

VALOR COBRADO	552,24
---------------	--------

=====

NR. AUTENTICACAO	8.23B.A01.2CE.D23.53B
------------------	-----------------------



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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 414443
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3120 0211 2060 9900 0107 5500 1000 4144 4310 0017 4057

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
131203581451373 11/02/2020 16:36:19

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
11/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
11 FEB 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 17/03/2020 552,24

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
552,24	54,14	0,00	0,00	552,24
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESKONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				552,24

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

7,44

PESO LÍQUIDO

7,44

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
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	12,9500	25,90	25,90	3,11		12,00	
25931	SUCCI.DE METOPROLOL 50MG 30CP REV.- LIB.PROL.GEN-ACCORD LT Y14768 (3)07/21 (Fornecedor: 1113, Lote: Y14768, Qtde: 3, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/07/2021)	30049039	200	6108	CX	3	26,8200	80,46	80,46	3,22		4,00	
10889	PREDNISONA(CORTICORTEN)20MG 20CP-NEO QUILMICA LT B19A1578 (2)01/22 (Fornecedor: 1113, Lote: B19A1578, Qtde: 2, Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/01/2022)	30043999	000	6108	CX	2	3,9900	7,98	7,98	0,96		12,00	
28535	SINAVASTAMED 40MG 30CP REVEST.-CIMED LT 19-16433 (2)08/21 (Fornecedor: 1666, Lote: 1916433, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30039069	000	6108	CX	2	3,7100	7,42	7,42	0,89		12,00	
11929	IONCLOR 60MG/ML SOL.100ML-PRATI DONADUZZI LT 19K687 (5)11/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19K687, Qtde: 5, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	500	6108	FR	5	2,0500	10,25	10,25	1,23		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 43 B 7...
ITENS 2,13 a 14 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 45,26
Pedido: 383509
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Aliquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG 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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/02/2020
ASS. *[Assinatura]*

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 414443
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0211 2060 9900 0107 5500 1000 4144 4310 0017 4057

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

131203581451373 11/02/2020 16:36:19

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
22839	LACTULOSE XAROPE 120ML-NUTRIEX LT 190821 (6)08/21 (Fornecedor: 2029, Lote: 190821, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	21069030	000	6108	FR	6	5,7500	34,50	34,50	4,14		12,00	
18884	IRUXOL MONO POM.30G-ABBOTT LT 1064669 (3)- 08/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1064669, Qtde: 3 ,Data Fab: 12/03/2019, Data Val: 30/08/- 2021)	30049019	000	6108	TB	3	11,2400	33,72	33,72	4,05		12,00	
9984	TOPCOID GEL 5MG/G 40G-U.QUIMICA LT 1946478 (3)12/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 1946478, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2022)	30049099	000	6108	TB	3	8,3600	25,08	25,08	3,01		12,00	
8686	SULF.MAGNESIO 10% 200AMP 10ML PL-ISOFARMA LT 9080188 (1)08/21 (Fornecedor: 2143, Lo- te: 9080188, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/08/201- 9, Data Val: 10/08/2021)	30049099	000	6108	CX	1	203,9400	203,94	203,94	24,47		12,00	
27649	CARBAMAZEPINA(C1) 200MG 30CP GEN-NEO QUI- MICA (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	6,0400	6,04	6,04	0,72		12,00	
12799	ALGODAO ORT.15CM X 1MT INDIV.DZ-NEVE LT 253 (2)11/24 (Fornecedor: 2444, Lote: 253, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 01/11/2024)	30059090	000	6108	PCT	2	11,1400	22,28	22,28	2,67		12,00	
25127	AT.CREPE 15X4,5(1,8)13F DZ-EUROPA LT 32474 (3)10/24 (Fornecedor: 4, Lote: 32474, Qtde: 3 ,Data Fab: 18/10/2019, Data Val: 10/10/2024)	30059090	500	6108	DZ	3	7,8200	23,46	23,46	2,82		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT SEUUA0008 (1)05/24 (Forneco- dor: 918, Lote: SEUUA0008, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/05/2024)	90189010	200	6108	PCT	1	22,8900	22,89	22,89	0,92		4,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AA (4)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 29519S06AA, Qtde: 4 ,Data Fab: 10/12/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	6108	PCT	4	12,0800	48,32	48,32	1,93		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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000000984629011554101181990000022871

BENEFICIARIO:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

NOME FANTASIA:

BIRIPEL EMBALAGENS

CNPJ: 03.748.769/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 30.906

DATA DE VENCIMENTO 19/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 228,71

VALOR COBRADO 228,71

=====

NR.AUTENTICACAO B.755.3D3.AE6.D8E.E15

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP: 16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4310

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA
Nº 000143894 FL. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO

3520 0203 7487 6900 0180 5500 1000 1438 9414 4766 3239

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

135200137674506 18/02/2020 13:58:18

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

214073629113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

18/02/2020

ENDEREÇO

RUA SETE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16210-000

DATA SAÍDA / ENTRADA

18/02/2020

MUNICÍPIO

BILAC

FONE / FAX

(18)3659-1411

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

13:58:06

FATURA

PAGAMENTO

NÚMERO

VALOR ORIGINAL

VALOR DESCONTO

VALOR LÍQUIDO

DADOS DA FATURA

143894

228,71

0,00

228,71

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	19/03/2020	228,71									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
60,05	10,81	0,00	0,00	50,21	228,71
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	228,71

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ / CPF	
BIRIPEL		0 - REMETENTE								03.748.769/0001-80	
ENDEREÇO				MUNICÍPIO				UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
RUA WAGIH RAHAL				BIRIGUI				SP		214073629113	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR I.C.M.S.	VALOR I.P.I.	ALÍQUOTAS ICMS	IP
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,00	10,71	0,00	10,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00000000003575	ALCOOL GEL BAC. 5 LTRS	22072019	060	5405	gl	2,00	44,82	0,00	89,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00000000004931	COPO PLAST. KEROCOPO 180 ML TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,00	68,31	0,00	68,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00000000002549	BOBINA PLAST. PICOTADA 50X70	39201010	000	5102	kg	4,80	12,51	0,00	60,05	60,05	10,81	0,00	18,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI/MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017 ENTREGAR EM MIRANDOPOLIS/SP RUA RAUL DA CUNHA
BUENO, 585

IMPOSTOS: Valor Aproximado dos Tributos R\$: 32,14 Federal, 18,05 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte:
IBPT/empresometro.com.br (6A098E).

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
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/02/2020
ASS. *[Assinatura]*

Transmitido por DocFix

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

001900000901711536001007843891736819900000054463

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 30.907

NOSSO NUMERO 17115360000784389

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 19/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 544,63

VALOR COBRADO 544,63

=====

NR.AUTENTICACAO 4.B8B.E0A.CFF.97A.D15

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandli 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 ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1261387 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2613 8717 9341 5098 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 135200138689883 18/02/2020 17:15:48									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 67.729.178/0004-91		CNPJ 67.729.178/0004-91									
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 MUNICÍPIO LINS		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 FONE / FAX 1836591243 UF SP		DATA DA EMISSÃO 18/02/2020 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 18/02/2020 HORA DE SAÍDA 18/02/2020									
FATURA/DUPLICATA													
FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR								
1261387/1	19/03/2020	544,63											
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO								
544,63		98,03	0,00		0,00								
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO		OUTRAS DESPESAS								
0,00		0,00	0,00		0,00								
VALOR DO IPI					VALOR TOTAL DOS PRODUTOS								
0,00					544,63								
VALOR TOTAL DA NOTA					544,63								
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF								
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		0 - Por conta do emitente											
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	CNPJ								
R MARIA CERON VOLPE 2260		SAO JOSE DO RIO PRETO		SP	15.066.184/0001-60								
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO								
3,00	VOLUME(S)		0,07300	8,128	8,128								
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
015611	ALGODAO ORTOPEDICO 15CM X 1MT (NEVE PREMIUM IN) L: 255 Q: 48,0000 F: 01/01/20 V: 01/01/2025	30059090	000	5102	RO	48,00	0,8276	39,72	39,72	7,15	0,00	18,00	0,00
028278	CATETER NASAL TIPO OCULOS (BIOBASE) L: BWC301081 9 Q: 40,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2023	90183929	200	5102	PC	40,00	0,831	33,24	33,24	5,98	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L: C9127 Q: 12,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2022	33069000	000	5102	FR	12,00	5,7636	69,16	69,16	12,45	0,00	18,00	0,00
031319	COMPRESSA DE GAZE 11F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 200 1 Q: 4,000,0000 F: 01/01/20 V: 30/01/2023	30059090	000	5102	PC	4.000,00	0,0345	138,00	138,00	24,84	0,00	18,00	0,00
030823	COMPRESSA DE GAZE 11F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 20 01 Q: 2.000,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2025	30059090	000	5102	PC	2.000,00	0,0235	47,00	47,00	8,46	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290435 Q: 250,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021	38220090	700	5102	TI	250,00	0,5422	135,55	135,55	24,40	0,00	18,00	0,00
000701	SONDA FOLEY 2 VIAS 30CC No 16 (LABOR IMPORT/SO) L: 09319081 Q: 10,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2024	90183921	700	5102	PC	10,00	2,0559	20,56	20,56	3,70	0,00	18,00	0,00
030571	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 30 (DESCARTEE) L: 551 9 Q: 50,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2024	63079010	000	5102	PC	50,00	1,228	61,40	61,40	11,05	0,00	18,00	0,00
CÁLCULO DO ISSQN													
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN									
550516029		0,00		0,00									
				VALOR DO ISSQN									
				0,00									
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - OS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA 19/02/2020 Pedido: 1558449 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1558449 *** O pagamento devera ser realizado em anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19) 3333-1234 Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: 1 - RÍO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL													
RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 19/02/2020 ASS. <i>[Assinatura]</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													

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100784483174481990000095977

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 30.908

NOSSO NUMERO 17115360000784483

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 19/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 959,77

VALOR COBRADO 959,77

=====

NR.AUTENTICACAO 9.840.D84.491.F74.72B

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÓS ENTREGAMOS RECEITAS MACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA: 19/02/2020 Pedido: 1558450 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1558450 *** O pagamento devera ser realizado pelo boleto anexo a esta fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone 11-22880, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RÁPIDO / TIPO: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL		AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 19 / 2 / 2020 ASS. <u>balora</u>

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. 1261488 FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2614 8813 9206 3444

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

135200139042618 18/02/2020 19:19:10

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS	
												ICMS	IPI
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP -129/19 Q: 100,0000 F: 30/09/19 V: 30/08/2021 *** Portaria 344/ 98 B1, nFCI: 6C7DE18F-3E75-48C4-B58A-E54E06657602	30049099	500	5102	AP	100,00	2,7608	276,08	276,08	33,13	0,00	12,00	0,00
010621	SUXAMETONIO 100MG, CLORETO DE (UNIAO QUIMICA) L : 1935446 Q: 5,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30049099	000	5102	FA	5,00	9,2809	46,40	46,40	8,35	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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116204314303021102213581032482000000010990

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	30.909
DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	109,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	99,90

=====

NR.AUTENTICACAO 2.C37.132.295.E5B.022

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 87

Nº 000000011

Emissão: 02/03/2020

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO

R. DR EDGAR RAIMUNDO DA COSTA, 585

16800-000 CENTRO Mirandópolis SP

Nº de Referência: 02825
CNPJ/CPF: 45349461000102
Inscrição Estadual ISENT0

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

0d6b.4293.ab3c.9dd0.8d19.3739.0cf3.453b

Situação do documento fiscal

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA ICMS
1	FNET FIBRA EMPRESARIAL 120 (DW70/UP50)	109,90	0,00	0,00
* desc 10,00				
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				

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:04
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614072033873359300002034312482000000060430

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	30.910
NOSSO NUMERO	6140203387
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	604,30
VALOR COBRADO	604,30

=====

NR.AUTENTICACAO 5.EB5.3D0.306.C99.37E



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) 3228-8760

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1074265
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0204 0278 9400 0326 5500 1001 0742 6510 0142 6145

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

152202893268152 04/02/2020 22:03:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

04/02/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

21:58

FATURA / DUPLICATA

001 20/03/2020 604,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	561,23	VALOR DO ICMS	39,68	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	604,30
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	604,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEÍCULO PROPRIO	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AV. JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALÃO	UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304		
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 8,00	PESO LÍQUIDO 8,00

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
36648	PARACETAMOL 200MG 15ML GTS GEN - GREENPHARMA (Lote: 6219, Qtde: 10, Dt Val: 31/12/2021)	30049045	020	6108	FR	10	1,2000	12,00	10,00	1,20		12,00	
37723	MEROPENEM IV 1G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: MI0119088A, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/20-21)	30042099	200	6108	CX	2	172,9500	345,90	345,90	13,84		4,00	
26034	CLOR.TRAMADOL 100MG 60/2ML GEN-TEUTO A2 (Lote: 9069300, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/20-21)	30049039	520	6108	CX	1	42,3000	42,30	35,25	4,23		12,00	
32906	CARBAMAZEPINA 200MG C/30 GEN-NEO QUIMICA Cl (Lote: B19L1565, Qtde: 1, Dt Val: 30/1-1/2021)	30049069	520	6108	CX	1	3,6000	3,60	3,00	0,36		12,00	
33995	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-81948, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2024)	30059090	020	6108	RL	1	9,2500	9,25	7,71	0,93		12,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	25	7,6500	191,25	159,37	19,12		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Faturar no CNPJ: 45.349.461/0001-02Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585,
Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio
0107/20
ITENS 1,3 a 6 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 -
RICMS/GO
ITEM 2 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 5 e 6
ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 5 e 6 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 1 a 4 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 5 e 6
ITEM 5 e 6
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 39,71
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 56,37, Federal, R\$ 16,69, Estadual, R\$ 39,68
Pedido: 1146858
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/02/2020
ASS. Raul

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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614072036733359600002034312582000000118030

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 30.911

NOSSO NUMERO 6140203673

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 20/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.180,30

VALOR COBRADO 1.180,30

=====

NR.AUTENTICACAO 3.988.CF5.58C.87D.00C

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



**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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 32557
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0204 0278 9400 0750 5500 1000 0325 5710 0014 0079

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
135200097579583 04/02/2020 20:53:48

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
04/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
04/02/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
20:52

FATURA / DUPLICATA

001 20/03/2020 1.180,30

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.180,30	159,65	0,00	0,00	1.180,30
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.180,30

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 6,00	PESO LÍQUIDO 6,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29211	CORTISONAL 100MG 50 F/A-U.QUIMICA (Lote: 1944747, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/20-21)	30043290	000	5102	CX	2	129,1000	258,20	258,20	46,47		18,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NG2647, Qtde: 2, Dt Val: 31/0-7/2021)	30041019	000	5102	CX	2	440,0000	880,00	880,00	105,60		12,00	
20650	XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRI-SESTERIL-COM APLICADOR (Lote: 19100241, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/2021)	30049043	000	5102	CX	1	42,1000	42,10	42,10	7,58		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

Faturar no CNPJ: 45.349.461/0001-02Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/20

ITEM 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015

ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 159,65, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 159,65

Pedido: 37061

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 05/02/2020

ASS. *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020

Frente Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Lipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100780878179182000000180353
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	30.912
NOSSO NUMERO	17115360000780878
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.803,53
VALOR COBRADO	1.803,53

=====

NR.AUTENTICACAO	D.D2A.EF4.24B.14A.1B7
-----------------	-----------------------

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

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

1

Nº. 1255838 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2558 3811 3913 1148

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

135200097530145 04/02/2020 20:26:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

04/02/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

04/02/2020

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
1255838/1	20/03/2020	1.803,53						

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			
1.803,53		319,05		0,00		0,00		1.803,53			
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		1.803,53	

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

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

3,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00052

PESO BRUTO

23,644

PESO LÍQUIDO

23,644

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 GENERICO) L: AT-023/19 Q: 100,0000 F: 30/05/19 V: 30/04/2021	30049045	000	5102	AP	100,00	0,9308	93,08	93,08	11,17	0,00	12,00	0,00
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB943 Q: 20,0000 F: 30/04/19 V: 30/03/2021	30049099	200	5102	SE	20,00	17,3712	347,42	347,42	62,53	0,00	18,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19090403 Q: 100,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30049099	000	5102	AP	100,00	4,57	457,00	457,00	82,26	0,00	18,00	0,00
025211	ALCOOL 70% 1000ML ANTISSEPTICO (VIC PHARMA) L: M 25314 Q: 12,0000 V: 30/04/2021	22089000	000	5102	L	12,00	7,7755	93,31	93,31	16,80	0,00	18,00	0,00
030332	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC913 Q: 14,0000 F: 30/06/19 V: 30/05/2021	30049099	200	5102	SE	14,00	22,3344	312,68	312,68	56,28	0,00	18,00	0,00
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW257 Q: 600,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2024	65069900	200	5102	PC	600,00	0,0527	31,62	31,62	5,69	0,00	18,00	0,00
015423	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (NEVE PREMIUM IN) L: 1911000153 Q: 24,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2024	30059090	000	5102	RO	24,00	1,046	25,10	25,10	4,52	0,00	18,00	0,00
030822	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 19 12 Q: 1.500,0000 F: 01/12/19 V: 30/12/2024	30059090	000	5102	PC	1.500,00	0,0268	40,20	40,20	7,24	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: 05/02/2020 Pedido: 1548720 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1548720 *** 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 05/02/2020

ASS. *Indonora*

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 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1255838 FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2558 3811 3913 1148

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

135200097530145 04/02/2020 20:26:42

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290436 Q: 300,0000 F: 19/08/19 V: 18/08/2021	38220090	700	5102	TI	300,00	0,552	165,60	165,60	29,81	0,00	18,00	0,00
028281	ELETRODO PARA ECG (3M) L: 1927400370 Q: 200,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021, nFCI: 15AEB4C6-2331-404D-8878-4F3EE 0285618	90181990	300	5102	PC	200,00	0,3191	63,82	63,82	11,49	0,00	18,00	0,00
027588	LUVA DE PROCEDIMENTO M NITRILE S/TALCO (DESCARP ACK) L: SNFCAA072M Q: 1.000,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2022	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,1737	173,70	173,70	31,26	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090195 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

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\$ 1.721,38

DEBITO EM: 09/03/2020

=====

DOCUMENTO: 030913

AUTENTICACAO SISBB: 0.2ED.28F.B10.944.8F8

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	17/09/2019	

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,67	
998	I.N.S.S.	9,00		170,24
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,62	170,24
			Valor Líquido →	1.721,38

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88417-X

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.891,62	1.891,62	151,32	1.721,38	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
Fevereiro de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	17/09/2019	

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,67	
998	I.N.S.S.	9,00		170,24
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,62	170,24
			Valor Líquido →	1.721,38

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88417-X

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.891,62	1.891,62	151,32	1.721,38	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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARREC GRRF	
Codigo de Barras	85860000142-6	00670239202-1
	00309069000-6	54953494612-1
Data do pagamento		09/03/2020
Identificador		06900054953494612
Data de vencimento		09/03/2020
Valor Total		14.200,67

DOCUMENTO: 030914
AUTENTICACAO SISBB: F.143.7F8.18D.463.ED7



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 09/03/2020 00:16:02

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA			02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326			04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104		05 - CEP 17.230-000
06 - Bairro/distrito CENTRO	07 - Município MIRANDOPOLIS	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 5
11- Identificador 06900054953494612			12- Total a Recolher 14.200,67		
13- Data de Validade = 09/03/2020					

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858600001426	006702392021	003090690006	549534946121
--------------	--------------	--------------	--------------

Via Empresa



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRRF - Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS

Gerada em 09/03/2020 00:16:02

Versão do Aplicativo: 3.3.17 - 24/01/2020

01 - Razão social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA			02 - CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		
03 - Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) PAULO DE BARROS 326			04 - Contato/DDD/telefone 11-39056104		05 - CEP 17.230-000
06 - Bairro/Distrito CENTRO	07 - Município MIRANDOPOLIS	08 - UF SP	09 - FPAS 639	10 - Simples 1	14 - Qtde Trabalhadores 5
11- Identificador 06900054953494612			12- Total a Recolher 14.200,67		
13- Data de Validade = 09/03/2020					

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

Atenção: não receber após Validade

Código de Barras

Autenticação mecânica

858600001426	006702392021	003090690006	549534946121
--------------	--------------	--------------	--------------



09/03/2020
211

Via Banco

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100778658179181920000075715
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	30.915
Nosso Numero	17115360000778658
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	12/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	757,15
VALOR COBRADO	757,15

=====

NR.AUTENTICACAO	7.0D2.93D.E80.BAF.624
-----------------	-----------------------

identificação do emitente

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
 FC 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
 1 - SAÍDA
 Nº. 1252740 FL 1 / 1
 SÉRIE 1


 CHAVE DE ACESSO
 3520 0167 7291 7800 0491 5500 1001 2527 4014 8110 9199
 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
 135200071992530 27/01/2020 18:33:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110 INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO CNPJ 67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE
 NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 27/01/2020
 ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 27/01/2020
 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
1252740/1	12/03/2020	757,15							

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
	757,15	128,84	0,00	0,00	757,15
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	757,15

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 5,00 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA NÚMERO 0,08757 PESO BRUTO 10,491 PESO LÍQUIDO 10,491

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
031320		COMPRESSA DE GAZE 13F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 191 2 Q: 4.000,0000 F: 12/12/19 V: 30/12/2022	30059090	000	5102	PC	4.000,00	0,0335	134,00	134,00	24,12	0,00	18,00 0,00
030366		TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290436 Q: 100,0000 F: 19/08/19 V: 18/08/2021	38220090	700	5102	TI	100,00	0,5422	54,22	54,22	9,76	0,00	18,00 0,00
030296		LUA 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	0,1021	102,10	102,10	18,38	0,00	18,00 0,00
022656		HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19090403 Q: 75,0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021	30049099	000	5102	AP	75,00	4,57	342,75	342,75	61,69	0,00	18,00 0,00
018197		AGUA PARA INJECAO 10ML (ISOFARMA/HALEX) L: 911009 7 Q: 400,0000 F: 09/11/19 V: 09/11/2022	30049099	000	5102	AP	400,00	0,3102	124,08	124,08	14,89	0,00	12,00 0,00

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

DADOS ADICIONAIS
 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 28/01/2020 Pedido: 1543506 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1543506 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: 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 28/01/2020
ASS. *Isadora*

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614153283893347400001526110681980000256875

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 30.916

NOSSO NUMERO 6141328389

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 18/03/2020

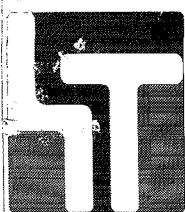
DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO 8.C65.316.E44.381.441

**Samtronic Indústria e Comércio Ltda**

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

N. 000231081
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**

3520 0258 4266 2800 0133 5500 1000 2310 8111 0008 1480

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

135200133365264 17/02/2020 13:09:30-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO
17/02/2020

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

FATURA

001
18/03/2020
2.568,75

002
17/04/2020
2.568,75

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5.137,50
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL VELOXX TRANSPORTES LTDA	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 14.990.752/0001-51
ENDEREÇO RUA ALVARENGA PEIXOTO	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 146964519117		
QUANTIDADE 6	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 14,580	PESO LÍQUIDO 12,750

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): DEZ19902334819008 - Val idade: 31/12/2022	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,96000000	3.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): DEZ19900313920008 - Val idade: 31/12/2022	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE905200	EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): JAN20905235008108 - 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%

Endereço
Alternativo

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: 135200133365264
PEDIDO DE 11/02/2020, ORC 019847 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 MIRANDÓPOLIS, -
*** Pedido de Venda: 444551 *** Cotação Numero: 0579 Valor Aproximado dos
Tributos: R\$ 1376.50 (26.79%). Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/03/2020
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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000088073820501044881990000210348

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	30.917
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	19/03/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	2.103,48
--------------------	----------

VALOR COBRADO	2.103,48
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	2.83E.D61.B51.E4A.004
-----------------	-----------------------



**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

Q-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 60694
SERIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0211 2060 9900 0441 5500 1000 0606 9410 0116 7617

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

135200139113428 18/02/2020 19:55:15

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

18/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA SAÍDA
19 FEV. 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 19/03/2020 2.103,48

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.054,10	346,65	0,00	0,00	2.103,48
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				2.103,48

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 68,69	PESO LÍQUIDO 68,69

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	ALIPI
25127	AT.CREPE 15X4,5(1,8)13F DZ-EUROPA LT 33771 (6) 11/2024 (Fornecedor: 19952, Lote: 337-71, Qtde: 6 ,Data Fab: 18/11/2019, Data Val: 18/11/2024)	30059090	500	5102	DZ	6	7,8200	46,92	46,92	8,45		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEK031 (10) 07/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEK031, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 01/07/2024)	65069900	200	5102	PCT	10	5,2400	52,40	52,40	9,43		18,00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA026H (1) 07/20-24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA026H, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90183929	200	5102	CX	1	61,0000	61,00	61,00	10,98		18,00	
24189	FITA MICROPORE 25MMX10MT C/48-CIEX LT FP0-07/20-GC (1) 01/2022 (Fornecedor: 2453, Lote: FP007/20-GC, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/-01/2020, Data Val: 14/01/2022)	30051090	500	5102	CX	1	77,6900	77,69	77,69	13,98		18,00	
24190	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/24-CIEX LT FP5-06/19-HC (1) 11/2021 (Fornecedor: 2453, Lote: FP506/19-HC, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/-11/2019, Data Val: 19/11/2021)	30051090	500	5102	CX	1	76,9300	76,93	76,93	13,85		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

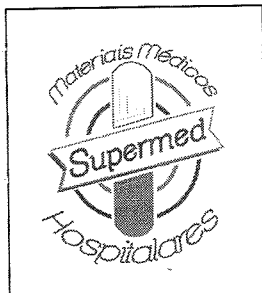
UTI MIRANDOPOLIS - 0107/2017 #R2V3R3V10..
ITEM 7 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 60619
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 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: 0,39

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21 / 2 / 2020
ASS. Adelia M. de C. Faria

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

1

Nº 60694
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO

3520 0211 2060 9900 0441 5500 1000 0606 9410 0116 7617

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

135200139113428 18/02/2020 19:55:15

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT 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	22,8900	22,89	22,89	4,12		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 1900045251 (6) 10/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900045251, Qtde: 6 ,Data Fab: 25/11/2019, Data Val: 11/10/- 2022)	90183921	040	5102	PC	6	8,2300	49,38					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (6) 06/2021 (Fornecedor: 208- 0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	6	12,2100	73,26	73,26	13,19		18,00	
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (100) 11/2022 (Fornecedor: 142, Lote: 20171110, Qtde: 100 ,Data Fab: 10/1- 1/2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	100	0,8300	83,00	83,00	14,94		18,00	
7589	BISTURI DESC. N.15 PC-EMBRAMED REF.493766 LT 1900049766 (10) 11/2022 (Forneced- dor: 1496, Lote: 1900049766, Qtde: 10 ,Da- ta Fab: 18/12/2019, Data Val: 11/11/2022)	90189029	000	5102	PC	10	1,2600	12,60	12,60	2,27		18,00	
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57419071 (8) 07/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 5741- 9071, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2024)	90183219	200	5102	CX	8	6,5600	52,48	52,48	6,30		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 3462M4 (1) 08/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3462M4, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	1	5,5200	5,52	5,52	0,66		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4672M4 (1) 11/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4672M4, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	400	5102	CX	1	5,4300	5,43	5,43	0,65		12,00	
22900	LANCETA MEDISAFE SOLO 28G ROXA C/20- 0-TKL LT Z2J814L3 (1) 09/2024 (Fornecedor: 992, Lote: Z2J814L3, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/10/2019, Data Val: 01/09/2024)	90183999	200	5102	CX	1	39,7800	39,78	39,78	7,16		18,00	
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE- CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0001 (4) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0001, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/07/- 2024)	39269030	500	5102	CX	4	12,2400	48,96	48,96	8,81		18,00	
22390	SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 17609 (1) 10/2022 (Fornecedor: 7960, Lote: 17609, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/10/201- 7, Data Val: 09/10/2022)	90183929	200	5102	CX	1	33,5600	33,56	33,56	6,04		18,00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 1219081 (1) 08/2024 (Fornecedor: 2080, Lo- te: 1219081, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/201- 9, Data Val: 30/08/2024)	90183929	200	5102	CX	1	33,8200	33,82	33,82	6,09		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G8- 46 (1) 12/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G846, Qtde: 1 ,Data Fab: 23/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183111	200	5102	CX	1	58,1000	58,10	58,10	10,46		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0355 (8) 01/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0355, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/0- 2/2019, Data Val: 31/01/2024)	90183119	200	5102	CX	8	23,3100	186,48	186,48	22,38		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1466/19 (1) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1466/19, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/07/2- 019, Data Val: 16/07/2024)	90183119	000	5102	CX	1	106,0400	106,04	106,04	12,73		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

**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 60694
SERIE 1
FOLHA 3/3

**CHAVE DE ACESSO**

3520 0211 2060 9900 0441 5500 1000 0606 9410 0116 7617

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

135200139113428 18/02/2020 19:55:15

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR021J (3) 11/2022 (Fornecedor: 7934, Lote: PR021J, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/11/20- 19, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	5102	CX	3	178,8500	536,55	536,55	96,58		18,00	
16981	LUVA P/ PROCED.N.EST.G C/10-LEMGRUBER LT PR001K (1) 01/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR001K, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/20- 20, Data Val: 01/01/2023)	40151900	000	5102	CX	1	178,8600	178,86	178,86	32,19		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	61,0500	61,05	61,05	10,99		18,00	
23617	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT PGC C/25-DESCAR LT SEMAAA0252 (1) 06/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SEMAAA0252, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	21,2100	21,21	21,21	3,82		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA00018 (2) 06/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SEEA00018, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90189099	200	5102	PCT	2	19,4700	38,94	38,94	7,01		18,00	
23203	FITA ADESIVA HOSP.19X50 C/48 RL-EUROCEL LT 240919-C05 (1) 09/2022 (Fornecedor: 17506, Lote: 240919-C05, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/0- 9/2019, Data Val: 29/09/2022)	48114110	800	5102	CX	1	111,7800	111,78	111,78	20,11		18,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 1921976 (5) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lo- te: 1921976, Qtde: 5 ,Data Fab: 11/11/201- 9, Data Val: 11/11/2021)	30049099	000	5102	TB	5	5,7700	28,85	28,85	3,46		12,00	

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 0017/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196. - Hospital Estadual

'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614154242693359600002034312181990000070670

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	30.918
NOSSO NUMERO	6141424269
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	19/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	706,70
VALOR COBRADO	706,70

=====

NR.AUTENTICACAO 9.E34.5E3.153.439.0E6



**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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1



CHAVE DE ACESSO

3520 0204 0278 9400 0750 5500 1000 0369 3410 0048 8240

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
135200139201451 18/02/2020 20:38:45

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
18/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
18/02/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:33

FATURA / DUPLICATA

001 19/03/2020 706,70

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
706,70	122,92	0,00	0,00	706,70
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				706,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 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
37518	MASCARA DESC.TRIPLA C/ELAST.C/50 - EMBRAST (Lote: ETMW024, Qtde: 5, Dt Val: 30/09/2023)	63079010	200	5102	PCT	5	20,0000	100,00	100,00	18,00		18,00	
31316	SONDA ASP.TRAQ.C/VALV.N.14 C/10 - MEDSONDA (Lote: 53251, Qtde: 10, Dt Val: 31/12/2023)	90183929	000	5102	UN	10	6,0000	60,00	60,00	10,80		18,00	
26473	HEMOPOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 19100134, Qtde: 4, Dt Val: 31/1- 0/2021)	30049099	000	5102	CX	4	118,8000	475,20	475,20	85,54		18,00	
28934	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML C/6 BOLSA GEN-SANOBIOL (Lote: 19095049, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2021)	30049099	000	5102	CX	1	71,5000	71,50	71,50	8,58		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES 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 4 ALIQ.12% CF LEI GERICOSSP 16005/2015
ITEM 1
ITEM 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 3 e 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 130,50, Federal, R\$ 7,58, Estadual, R\$ 122,92
Pedido: 41924
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/02/2020
ASS. *Raul*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090195 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614154251553359600002034312481990000261362

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 30.919

NOSSO NUMERO 6141425155

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 19/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.613,62

VALOR COBRADO 2.613,62

=====

NR.AUTENTICACAO 1.3AB.63D.C5C.ABD.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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAIDA

1

Nº 1077772

SERIE 1

FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

5220 0204 0278 9400 0326 5500 1001 0777 7210 0125 3726

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

152202930219611 18/02/2020 20:14:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
18/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
18/02/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
19:59

FATURA / DUPLICATA

001 19/03/2020 2.613,62

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.437,35	167,98	0,00	0,00	2.613,62
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				2.613,62

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

8

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

40,00

40,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
35230	VED CAP MACHO E FEMEA C/200 - CREMER (Lote: 201904, Qtde: 1, Dt Val: 18/04/2022)	90189010	200	6108	CX	1	45,3500	45,35	45,35	1,81		4,00	
28121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX (Lote: 2353615, Qtde: 6, Dt Val: 31/12/2021)	30051030	020	6108	RL	6	5,5500	33,30	27,75	3,33		12,00	
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365-060BD 365060 (Lote: 9050726, Qtde: 100, Dt Val: 31/03/2021)	90183119	200	6108	CX	100	2,8500	285,00	285,00	11,40		4,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	40	7,6500	306,00	254,99	30,60		12,00	
35966	HIDROCORTISONA 100MG C/50F/A GEN - BLAU (Lote: 19111031, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021)	30043210	020	6108	CX	1	116,0500	116,05	96,70	11,60		12,00	
47450	CEFTRIAXONA IV 1G C/50 F/A GEN - TEUTO (Lote: 96320056, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021)	30049099	520	6108	CX	1	360,5000	360,50	300,40	36,05		12,00	
37723	MEROPENEM IV 1G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: MT0119088A, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/2021)	30042099	200	6108	CX	2	172,9600	345,92	345,92	13,84		4,00	
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0419052A, Qtde: 5, Dt Val: 30/09/2021)	30041019	200	6108	CX	5	176,0000	880,00	880,00	35,20		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITENS 2,4 a 6,9 a 11 RED.BASE DE CÁLCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX

DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITENS 1,3,7 a 8 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

ITENS 1 a 2,4,11

ITEM 3 ISENTA PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III

ITENS 5 a 10 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITENS 1 a 2,4,11 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITENS 5 a 10 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015

ITEM 3 Aliq. 12% conf. art. 54 inciso XV da alinea "D" do RICMS/SP

ITENS 1 a 2,4,8,11

ITENS 1 a 2,4,8,11

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 148,69

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 201,79, Federal, R\$ 33,81, Estadual, R\$ 167,98

Pedido: 1150727

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Representante: 0-EMITENTE, 01-CLIENTE, 02-TERCEIROS, 03-TERCEIROS, 04-TERCEIROS

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
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 19/02/2020

ASS. Rouís



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA

1-SAÍDA

1

Nº 1077772

SERIE 1

FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

5220 0204 0278 9400 0326 5500 1001 0777 7210 0125 3726

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

152202930219611 18/02/2020 20:14:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24968	VANCOMICINA 500MG 50/10MLF/A GEN-TEUTO (Lote: 1935399, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/20-21)	30042071	020	6108	CX	1	195,0000	195,00	162,49	19,50		12,00	
37694	MIDAZOLAM 15MG 5/3ML GEN - TEUTO B1 (Lote: 7521045, Qtde: 4, Dt Val: 31/08/2022)	30049099	020	6108	CX	4	7,0000	28,00	23,33	2,80		12,00	
33995	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-81948, Qtde: 2, Dt Val: 30/11/2024)	30059090	020	6108	RL	2	9,2500	18,50	15,42	1,85		12,00	

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 004/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000088073822101041281990000112631

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 30.920

DATA DE VENCIMENTO 19/03/2020

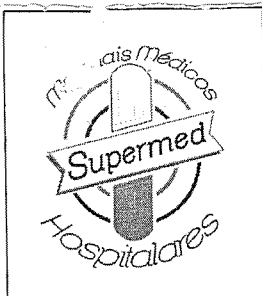
DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.126,31

VALOR COBRADO 1.126,31

=====

NR.AUTENTICACAO 2.B34.DFE.B8C.FA9.3B5



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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 416582
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3120 0211 2060 9900 0107 5500 1000 4165 8210 0026 2617

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
131203588827641 18/02/2020 16:40:32

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
18/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTREGA/SAÍDA
18 FEV. 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 19/03/2020 1.126,31

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
1.126,31	135,15	0,00	0,00	1.126,31
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.126,31

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 5	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 17,33	PESO LÍQUIDO 17,33

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 (1)05/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1C5308, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/05/2021)	30043220	000	6108	CX	1	4,4300	4,43	4,43	0,53		12,00	
26077	LUFEM GTS MORANGO 10ML -NATULAB LT 117231 (1)11/21 117231 (5)11/2 1 (Fornecedor: 96-0, Lote: 117231, Qtde: 6, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	FR	6	0,9300	5,58	5,58	0,67		12,00	
18884	IRUXOL MONO POM.30G-ABBOTT LT 1079591 (5)-02/22 (Fornecedor: 1914, Lote: 1079591, Qtde: 5, Data Fab: 01/08/2018, Data Val: 28/02/2022)	30049019	000	6108	TB	5	11,2400	56,20	56,20	6,74		12,00	
3422	AGUA P/ INJEÇÃO 200AMP 10ML PL-EQUIPLEX LT 1932253 (3)11/21 (Fornecedor: 104, Lote: 1932253, Qtde: 3, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	6108	CX	3	97,8400	293,52	293,52	35,22		12,00	
11123	METRONIDAZOL 0,5% 50FR 100ML GEN PL-JP LT 889119 (1)12/21 (Fornecedor: 1651, Lote: 889119, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2021)	30039076	000	6108	CX	1	544,4400	544,44	544,44	65,33		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 42 B 8...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 67,58

Pedido: 385659

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

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

Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG

16041314341222200000007304445.

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 3 Cubagem: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/02/2020
ASS. *Loais*

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 004/2020

Fonte Recurso Estadual

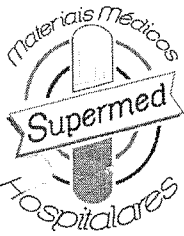
Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196. - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

lipo de Despesa: Custeio

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 416582
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0211 2060 9900 0107 5500 1000 4165 8210 0026 2617

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
131203588827641 18/02/2020 16:40:32

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
5153	CLINDAMICINA 600MG 100AMP 4ML GEN-HIPOLA-BOR LT AA03719 (1)07/21 (Fornecedor: 1898, Lote: AA03719, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/07/2021)	30032099	500	6108	CX	1	222,1400	222,14	222,14	26,66		12,00	

credenciadas, ou faltas
se não repostas se forem relacionadas
o 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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	02/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
VALOR DO INSS	4.320,25
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.320,25

=====

DOCUMENTO: 030921

AUTENTICACAO SISBB: 9.491.4FD.B8B.11E.173

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	02/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
VALOR DO INSS	4.320,25
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.320,25

=====

DOCUMENTO: 030921

AUTENTICACAO SISBB: 9.491.4FD.B8B.11E.173

***** VIA CONTRIBUINTE *****

via

 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	02/2020
	5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
	6 - VALOR DO INSS	4.320,25
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400	7 -	
	8 -	
	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/03/2020	10 - ATM/MULTA E JUROS
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 - TOTAL
		4.320,25
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	02/2020
	5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
	6 - VALOR DO INSS	4.320,25
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400	7 -	
	8 -	
	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/03/2020	10 - ATM/MULTA E JUROS
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		11 - TOTAL
		4.320,25
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA		

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

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

09/03/2020
 211

Nº: 45.349.461/0008-89
 Título: Folha Mensal
 Competência: 02/2020

Emissão: 03/03/2020
 Horas: 23:00:51

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Idioma	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
2329	ALCIONE BOGAZ	1.891,33	0,00	0,00	0,00	9,00	170,21
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	3.165,16	0,00	0,00	0,00	11,00	348,16
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.202,22	0,00	0,00	0,00	11,00	352,24
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	9,00	168,39
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	9,00	166,56
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,00	248,16
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.831,55	0,00	0,00	0,00	9,00	254,83
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.863,77	0,00	0,00	1.863,77	9,00	167,73
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.606,71	0,00	0,00	696,24	8,00	128,53
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.850,69	0,00	0,00	0,00	9,00	166,56
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.660,45	0,00	0,00	0,00	8,00	132,83
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.818,57	0,00	0,00	0,00	9,00	145,48
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	9,00	166,56
2135	EDILENE MANOEL	2.124,43	0,00	0,00	0,00	9,00	191,19
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	642,78	0,00	0,00	0,00	8,00	51,42
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.645,99	0,00	0,00	0,00	9,00	131,67
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.417,82	0,00	0,00	0,00	8,00	113,42
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.417,82	0,00	0,00	0,00	8,00	113,42
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.891,33	0,00	0,00	0,00	9,00	170,21
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	2.852,69	0,00	0,00	0,00	9,00	256,74
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2771	LAIS MARANI SILVA	3.257,41	0,00	0,00	0,00	11,00	358,31
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.911,66	0,00	0,00	0,00	9,00	172,04
2142	LUIS FERNANDO BETONI	2.766,92	0,00	0,00	0,00	9,00	249,02
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.451,33	0,00	0,00	0,00	8,00	116,10
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	2.785,82	0,00	0,00	0,00	9,00	250,72
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	1.466,31	0,00	0,00	1.282,49	8,00	117,30
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	9,00	168,39
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,00	248,16
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.643,12	0,00	0,00	0,00	8,00	131,44
2157	RICARDO DE CARVALHO	2.545,27	0,00	0,00	0,00	9,00	229,07
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.891,62	0,00	0,00	0,00	9,00	170,24
2159	SONIA MARIA RIZZO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.620,04	0,00	0,00	0,00	11,00	508,20
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.606,72	0,00	0,00	0,00	8,00	128,53
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	3.357,41	0,00	0,00	0,00	11,00	369,31
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	3.037,46	0,00	0,00	0,00	9,00	273,37
Empregados: 43		Total: 90.036,24	0,00	0,00	3.842,50		8.162,75
Contribuintes: 0		Total: 0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
Total: 43		Total: 90.036,24	0,00	0,00	3.842,50		8.162,75

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	25.766,74	0,00	2.061,23					
ca	9,00	46.667,26	0,00	4.165,30					
ca	11,00	17.602,24	0,00	1.936,22					
al		90.036,24	0,00	8.162,75	0,00	0,00	3.842,50	0,00	4.320,25

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0008

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	85660000008 22010064008
	01453494610 00105610060
DATA DO PAGAMENTO	09/03/2020
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	822,01

DOCUMENTO: 030922

AUTENTICACAO SISBB: D.919.9CB.E09.76F.CAA

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	29/02/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200	06 DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
	DARF IRRF 02 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/03/2020 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	822,01
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	822,01

85660000008-2 22010064008-9 01453494610-9 00105610060-3

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



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	29/02/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 1633632200	06 DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
	DARF IRRF 02 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/03/2020 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	822,01
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	822,01

85660000008-2 22010064008-9 01453494610-9 00105610060-3

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



cortar nesta linha

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

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

09/03/2020
 211

PJ: 45.349.461/0008-89
 Período: 01/02/2020 a 29/02/2020

Emissão: 03/03/2020
 Horas: 23:02:00

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF	
Período: 01/02/2020 a 29/02/2020										
EMPREGADOS										
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 01/20	2.869,01	315,67	379,18	2	7,50	142,80	20,26	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 01/20	3.312,23	364,34	0,00	0	15,00	354,80	87,38	
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Férias	2.404,77	210,20	0,00	0	7,50	142,80	21,79	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 01/20	2.756,21	248,05	189,59	1	7,50	142,80	31,09	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 01/20	3.052,75	335,80	0,00	0	7,50	142,80	60,97	
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Mensal 01/20	2.770,75	249,36	0,00	0	7,50	142,80	46,30	
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 01/20	3.256,21	358,18	189,59	1	7,50	142,80	60,33	
2142	LUIS FERNANDO BETONI	Mensal 01/20	2.886,28	259,76	0,00	0	7,50	142,80	54,19	
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	Mensal 01/20	2.831,17	254,80	0,00	0	7,50	142,80	50,43	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 01/20	2.756,21	248,05	0,00	0	7,50	142,80	45,31	
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 01/20	4.620,89	508,29	0,00	0	22,50	636,13	289,21	
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	Mensal 01/20	2.894,57	260,51	0,00	0	7,50	142,80	54,75	
Total:			36.411,05	3.613,01					822,01	
Empregados:	12	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	36.411,05	3.613,01	758,36	822,01
Resumo Geral:										
Empregados:	12	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	36.411,05	3.613,01	758,36	822,01

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	01/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 01/2020	0,00	23.711,32	0,00	23.711,32	0,00
0588	Mensal 01/2020	0,00	1.407,58	0,00	1.407,58	0,00
Totalizador			25.118,90	0,00	25.118,90	0,00

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080631004271512711770003181960000229108

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 30.923

DATA DE VENCIMENTO 16/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 09/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.291,08

VALOR COBRADO 2.291,08

=====

NR.AUTENTICACAO 4.C7B.AFD.CCB.579.2E2

	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 59.421 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/2		CONTROLE FISCO 
			CHAVE DE ACESSO 3520.0114.3355.4400.0119.5500.0000.0594.2110.1137.8000		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 135200086009282 - 31/01/2020 12:15:38		
	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 31/01/2020
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 12:15:33

FATURA/DUPLICATAS					
59421/1 - 16/03/20 - 2291,08					
CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.291,08	VALOR DO ICMS 274,93	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.291,08	
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 2.291,08

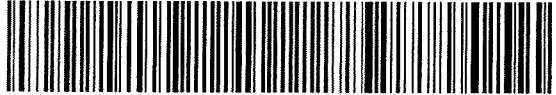
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE 25	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 387,6000	PESO LÍQUIDO 387,6000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS												
CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITARIO	VLR. DESC. UNIT. /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR294W4 - 26/08/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	1,0000	106,5000	0,0000 0,0000 %	106,50	106,50	12,78 0,00	0,00	12,00	0,00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR297N1 - 08/10/2021 Qtde: 5.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	5,0000	73,5000	0,0000 0,0000 %	367,50	367,50	44,10 0,00	0,00	12,00	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR297W0 - 15/10/2021 Qtde: 10.00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	10,0000	57,6000	0,0000 0,0000 %	576,00	576,00	69,12 0,00	0,00	12,00	0,00
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR297N5 - 10/04/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	1,0000	163,8000	0,0000 0,0000 %	163,80	163,80	19,66 0,00	0,00	12,00	0,00
1089 30049099	GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BOLS BAXTER Lote: PR298F3 - 22/04/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: BB2C7443-F4C1-441F-A2B0-7A88B80F0961	500 5102	CX	1,0000	59,2000	0,0000 0,0000 %	59,20	59,20	7,10 0,00	0,00	12,00	0,00
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR297N6 - 10/04/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	1,0000	126,0000	0,0000 0,0000 %	126,00	126,00	15,12 0,00	0,00	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 - DISTRIBUIÇÃO HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" / 	RESERVADO AO FISCO  Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Oswaldo Brant da Silva OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FIS EMIÇÃO: 31/01/2020 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT Total NF: 2.291,08 Volume: 25 Número Pedido: 1137762	NF-e Nº: 59421 SÉRIE: 0 FOLHA: 2/2

 IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA RUA LAURO VANNUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 59.421 SÉRIE: 0 FOLHA: 2/2	CONTROLE FISCO  CHAVE DE ACESSO 3520.0114.3355.4400.0119.5500.0000.0594.2110.1137.8000 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 135200086009282 - 31/01/2020 12:15:38
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			
2631 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AZB1307C Lote: PR295A6 - 25/02/2021 Qtde: 6.00	500 5102	CX
		6,0000	148,6800
		0,0000 0,0000 %	892,08
		892,08	107,05 0,00
		0,00	12,00
		0,00	

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
DADOS ADICIONAIS			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /		RESERVADO AO FISCO 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
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

AG. ARRECADADOR

CNC 001 - 6790 - BILAC

SP

CODIGO DE BARRAS 85620000000 48410064008

01453494610 00117080060

DATA DO PAGAMENTO 10/03/2020

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 48,41

DOCUMENTO: 031001

AUTENTICACAO SISBB: 8.AB9.CFB.B4D.22A.A39

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	29/02/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	06 DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
	07 VALOR DO PRINCIPAL	48,41
DARF válido para pagamento até 20/03/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.54.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	48,41

85620000000-3 48410064008-1 01453494610-9 00117080060-9

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	29/02/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	06 DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
	07 VALOR DO PRINCIPAL	48,41
DARF válido para pagamento até 20/03/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.54.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	48,41

85620000000-3 48410064008-1 01453494610-9 00117080060-9

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

10/03/2020
 211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LÍQUIDO
27/01/2020	43402	Laboratorio São Paulo Análises Clínicas Ltda	R\$ 3.227,54	R\$ -	R\$ 48,41	R\$ 150,08		R\$ 198,49	R\$ 3.029,05
	TOTAL		R\$ 3.227,54	R\$ -	R\$ 48,41	R\$ 150,08	R\$ -	R\$ 198,49	R\$ 3.029,05

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.05
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85670000001 50080064008
	01453494610 00159520060
DATA DO PAGAMENTO	10/03/2020
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	150,08

DOCUMENTO: 031002
AUTENTICACAO SISBB: 5.51A.73A.36C.322.69A

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	29/02/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	07 VALOR DO PRINCIPAL	150,08
DARF válido para pagamento até 20/03/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.54.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	150,08

85670000001-6 50080064008-7 01453494610-9 00159520060-9

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	29/02/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/03/2020
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	07 VALOR DO PRINCIPAL	150,08
DARF válido para pagamento até 20/03/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.54.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	150,08

85670000001-6 50080064008-7 01453494610-9 00159520060-9

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

10/03/2020
 211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LÍQUIDO
27/01/2020	43402	Laboratorio São Paulo Análises Clínicas Ltda	R\$ 3.227,54	R\$ -	R\$ 48,41	R\$ 150,08		R\$ 198,49	R\$ 3.029,05
TOTAL			R\$ 3.227,54	R\$ -	R\$ 48,41	R\$ 150,08	R\$ -	R\$ 198,49	R\$ 3.029,05

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 0011/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Mirandópolis
 Dr. Oswaldo Brandi Faria - Custeio
 tipo de Despesa:

23/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:10:04
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	23/03/2020
NR. DOCUMENTO	550.058.000.059.599
VALOR TOTAL	934,00

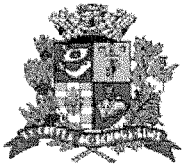
***** TRANSFERIDO PARA:

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

=====

NR.AUTENTICACAO	2.615.07B.686.620.4D3
-----------------	-----------------------

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



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

Número da Nota
1947

Data de Emissão
04/03/2020

Data e Hora da
Competência
04/03/2020 às 08:29:02

Código de Verificação
3445-1645-5865

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

Situação Opante do Simples Nacional

Telefones (14) 3532-3506



TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02

IE ISENTA

Inscrição Mun. 104244

Cód. Mobiliário 104244

Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail jvalentim@ahbb.org.br;

Telefone contabilidade2@ahbb.org.br

Inf. Comp.

Logradouro AVENIDA-JOSE ARIANO RODRIGUES

Número 303

Bairro JARDIM ARIANO

CEP 16400-400

Município LINS

UF SP

Complemento SALA 03

País BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
158	SERVIÇO DE SEGURANÇA DO TRABALHO	934,0000	1,00	0,00	0,00	934,00

Valor Total dos Serviços - R\$934,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI MIRANDOPOLIS

VENCIMENTO: 20/03/2020

style="font-size: 10px; font-family: Arial, sans-serif;">

CONTA PARA DEPOSITO

BANCO DO BRASIL

AG:0058-2

C/C:59599-3

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

TRIBUTOS

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

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 934,00

Atividade

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Simples Nacional

Local do Serviço

Dentro do Município

Aliquota (%)

Base de Cálculo (RS)

Vlr. Total das Deduções (RS)

Vlr. Total Retido (RS)

Vlr. de ISS (RS)

4,4300

934,00

0,00

0,00

41,38

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 nº 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço www.lins.sp.gov.br

Recebi(emos) do Prestador: **TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA** CNPJ: 12.119.494/0001-07

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica nº 1947 emitida em 04/03/2020 às 08:29:02 - Cód Verif 3445-1645-5865

Condições de Pagamento: Vencimento: 20/03/2020 Valor Total R\$ 934,00 Valor Líquido R\$ 934,00

Ass: _____ em _____

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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614074881663359700002034312182020000046750

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	32.301
NOSSO NUMERO	6140488166
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	22/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	467,50
VALOR COBRADO	467,50

=====

NR.AUTENTICACAO 0.67F.2E1.908.B7E.63A

**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

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

1

Nº 33489
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3520 0204 0278 9400 0750 5500 1000 0334 8910 0013 7569

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.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200104748758 06/02/2020 17:57:28

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

06/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

06/02/2020

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

17:53

FATURA / DUPLICATA

001 22/03/2020 467,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	467,50	VALOR DO ICMS	56,10	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	467,50
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	467,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA O - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,00	PESO LÍQUIDO 2,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NG2647, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-7/2021)	30041019	000	5102	CX	1	440,0000	440,00	440,00	52,80		12,00	
33355	FUMAR.QUETIAPINA 25MG C/30CP GEN-EMS C1 (Lote: 1J5917, Qtde: 5, Dt Val: 31/10/-2021)	30049079	000	5102	CX	5	5,5000	27,50	27,50	3,30		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

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 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 56,10, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 56,10
Pedido: 38109
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/02/2020
ASS. *Romy*

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614077887103359900002034312382070000057640

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	32.302
NOSSO NUMERO	6140788710
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	27/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	23/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	576,40
VALOR COBRADO	576,40

=====

NR.AUTENTICACAO	1.3FC.6EA.42C.974.01B
-----------------	-----------------------



**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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 34630
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0204 0278 9400 0750 5500 1000 0346 3010 0007 1965

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 MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200117006585 11/02/2020 16:32:01

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
11/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
11/02/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
16:30

FATURA / DUPLICATA

001 27/03/2020 576,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
576,40	77,35	0,00	0,00	576,40
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				576,40

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 3,00	PESO LÍQUIDO 3,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NG2647, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-7/2021)	30041019	000	5102	CX	1	440,0000	440,00	440,00	52,80		12,00	
37518	MASCARA DESC.TRIPLA C/ELAST.C/50 - EMBRAST (Lote: ETMW024, Qtde: 4, Dt Val: 30/09/2023)	63079010	200	5102	PCT	4	20,0000	80,00	80,00	14,40		18,00	
9714	DIMORF 10MG C/50 CP - CRISTALIA A1 (Lo- te: 19070327, Qtde: 2, Dt Val: 30/07/2-021)	30044990	000	5102	CX	2	28,2000	56,40	56,40	10,15		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENEICOSSP 16005/2015
ITEM 2
ITENS 1,3 ALIQUOTA ZERO PIS/COPINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 83,42, Federal, R\$ 6,07, Estadual, R\$ 77,35
Pedido: 39365
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/02/2020
ASS. Gabriel C. de Souza

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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:05
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614077879763359700002034312782070000054958

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 32.303

NOSSO NUMERO 6140787976

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 27/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 23/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 549,58

VALOR COBRADO 549,58

=====

NR.AUTENTICACAO 3.144.B05.44E.502.37A



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSE SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-618

TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1075990
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0204 0278 9400 0326 5500 1001 0759 9010 0020 1102

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
152202911948147 11/02/2020 21:28:34

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
11/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
11/02/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
21:19

FATURA / DUPLICATA

001 27/03/2020 549,58

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
515,63	34,21	0,00	0,00	549,58
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
				549,58

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

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

11,00

11,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
943	APRESOLINA 25MG C/20DRG - NOVARTIS (Lote: 1933326, Qtde: 3, Dt Val: 31/07/2021)	30049069	020	6108	CX	3	5,9000	17,70	14,75	1,77		12,00	
37723	MEROPENEM IV 1G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: MI0119088A, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/20-21)	30042099	200	6108	CX	2	172,9600	345,92	345,92	13,84		4,00	
24249	CLOR.TRAMADOL 50MG 60/1ML GEN-TEUTO A2 (Lote: 9068074, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/20-21)	30049039	520	6108	CX	1	32,9600	32,96	27,47	3,30		12,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	20	7,6500	153,00	127,49	15,30		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES 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 1,3 a 4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 2 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

ITEM 4

ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITENS 1,4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 2 e 3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015

ITENS 1,4

ITENS 1,4

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 37,91

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 46,95, Federal, R\$ 12,74, Estadual, R\$ 34,21

Pedido: 1148680

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 12/02/2020

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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:06
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100782622179482070000126575

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 32.304

NOSSO NUMERO 17115360000782622

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 27/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 23/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.265,75

VALOR COBRADO 1.265,75
=====

NR.AUTENTICACAO 8.60F.608.233.365.A70

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. 1258288 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2582 8818 1914 6463

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

135200117423613 11/02/2020 18:08:12

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

11/02/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

11/02/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.

1258288/1

VENCIMENTO

27/03/2020

VALOR

1.265,75

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.265,75

VALOR DO ICMS

218,77

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.265,75

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

VALOR DO DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.265,75

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

6,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,04917

PESO BRUTO

29,668

PESO LÍQUIDO

29,668

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	IPI
022687	CILOSTAZOL 100MG (BIOLAB SANUS) L: 1040755 Q: 30, 0000 F: 30/09/19 V: 30/09/2021, nFCI: E8CD93E6-1321-4081-8EE C-35CDB11CD683	30049069	500	5102	CP	30,00	0,5036	15,11	15,11	2,72	0,00	18,00	0,00
021015	CLOPIDOGREL 75MG, BISSULFATO (SANDOZ) (ITEM GENE RICO) L: JH2723 Q: 28,0000 F: 30/08/18 V: 31/07/2020	30049079	000	5102	CP	28,00	0,345	9,66	9,66	1,16	0,00	12,00	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	0,9398	93,98	93,98	11,27	0,00	12,00	0,00
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB907 Q: 10,0000 F: 31/01/19 V: 31/12/2020	30049099	200	5102	SE	10,00	17,3712	173,71	173,71	31,27	0,00	18,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19100105 Q: 50,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30049099	000	5102	AP	50,00	4,9342	246,71	246,71	44,40	0,00	18,00	0,00
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 19110183 Q: 20,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30049099	000	5102	FA	20,00	5,874	117,48	117,48	21,15	0,00	18,00	0,00
025578	AGUA PARA INECAO 10ML (FARMACE) L: 19M9360C Q: 600,0000 F: 01/12/19 V: 30/12/2021	30039099	000	5102	AP	600,00	0,3722	223,32	223,32	40,19	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

550516029

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 11/02/2020 Pedido: 1553146 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1553146 *** O pagamento devera ser realizado através do anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12/02/2020
ASS. *Daís*
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 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1258288

FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2582 8818 1914 6463

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

135200117423613 11/02/2020 18:08:12

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
012754	AGUA PARA INJECAO 500ML S.FECHADO (SANOBIO) L: 1 9115143 Q: 20,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021	30049099	000	5102	FR	20,00	2,3653	47,31	47,31	5,68	0,00	12,00	0,00
029144	TOUCA SANFONADA (TALGE) L: TTEW257 Q: 300,0000 F: 30/06/19 V: 30/06/2024	65069900	200	5102	PC	300,00	0,0527	15,81	15,81	2,85	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290435 Q: 200,0000 F: 30/08/19 V: 30/08/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,5422	108,44	108,44	19,52	0,00	18,00	0,00
029779	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M (TALGE) L: TLL MT009 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
030904	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (MEDICAL) L: 22200 I Q: 50,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2022	63079010	000	5102	PC	50,00	0,9944	49,72	49,72	8,95	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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:06
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100786147173682070000089953

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 32.305

NOSSO NUMERO 17115360000786147

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 27/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 23/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 899,53

VALOR COBRADO 899,53

=====

NR.AUTENTICACAO 1.AEE.908.15E.E1B.48B

Identificação do emissor



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. 1264117 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2641 1710 5905 7988

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

135200158597144 26/02/2020 19:08:53

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

26/02/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

26/02/2020

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
1264117/1	27/03/2020	899,53						

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
899,53	128,78		0,00	0,00	899,53
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	899,53

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2250		SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
2,00	VOLUME(S)		0,00015	3,775	3,775	

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
023896	ENOXAPARINA SÓDICA 60MG/0,6ML (EUROFARMA) L: 650 626A Q: 14,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021, nFCI: DC255A1E-9 372-4C85-94CA-68C9B1535481	30049099	500	5102	SE	14,00	24,815	347,41	347,41	62,53	0,00	18,00	0,00
022225	PANCURONIO 2MG/ML,BROMETO (NOVAFARMA) (ITEM G ENERICO) L: 78NE1972 Q: 50,0000 V: 31/05/2021	30049069	000	5102	AP	50,00	4,8392	241,96	241,96	29,03	0,00	12,00	0,00
025012	FLUCONAZOL 2MG/ML S.FECHADO (SANOBIOIOL) (ITEM GE NERICO) L: 19105093 Q: 24,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30049099	000	5102	BO	24,00	12,9233	310,16	310,16	37,22	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA 20 Pedido: 1563356 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1563356 *** O pagamento devera ser realizado anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 19/12/2019 MODAL: 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 Emissor: 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 27/02/2020
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

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:06
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080646606271512711770003782070000050000

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	32.306
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	27/03/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	23/03/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	500,00
--------------------	--------

VALOR COBRADO	500,00
---------------	--------

=====

NR.AUTENTICACAO	6.ABD.B2D.C84.D90.1BD
-----------------	-----------------------



**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 60.617
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3520.0214.3355.4400.0119.5500.0000.0606.1710.1142.7774

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

135200158340718 - 26/02/2020 17:31:13

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

26/02/2020

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16370-000

DATA DA SAÍDA

26/02/2020

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(014)3541-1544

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

17:31:07

FATURA/DUPLICATAS

60617/1 - 27/03/20 - 500,00 | 60617/2 - 11/04/20 - 500,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.000,00

VALOR DO ICMS

180,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.000,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

1.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

OUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE
1-DESTINATÁRIO

0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

06.321.409/0001-96

ENDEREÇO

AVENIDA HENRY FORD, 1153

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

148.923.420.116

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

3,7000

PESO LÍQUIDO

3,7000

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: LE19C048 - 31/05/2021 Qtde: 4.00	200 5102	CX	4,0000	250,0000	0,0000 0,0000 %	1.000,00	1.000,00	180,00 0,00	0,00	18,00	0,00

Endereço de entrega conforme informações adicionais
os produtos são p/ Hospital de Mirandópolis;
Lins, escritório matriz da Instituição 27/02/2020

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis
- Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR
PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

BOLETO ANEXO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 29/2/2020

ASS. Sadon

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
OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:06
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399862915103300000405376201017182070000198400

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 32.307

DATA DE VENCIMENTO 27/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 23/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.984,00

VALOR COBRADO 1.984,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.21D.14C.7DD.3D1.822

RECEBEMOS DE HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD NUTR LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 46502		Série 0		FL 1 1	
DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEPTOR						

DESTINATÁRIO / REMETENTE					
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DE EMISSÃO 26/02/2020
ENDEREÇO RUA 7 DE SETEMBRO, 529		BAIRRO / DISTRITO CENTRO		CEP 16200-000	26/02/2020
MUNICÍPIO BILAC	FONE/FAX 1435325198	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA SAÍDA / ENTRADA 15:47

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO ICMS 0,00	VALOR ICMS 0,00	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR FCP-ST 0,00	VLR APROX TRIBUTOS (LEI 12.741/2012) 1.249,92	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.968,00
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 3.968,00	

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
53	KABIVEN 900 KCAL / 1026 ML Lote 10ND6626 Val 30-03-21 Qtd 4,00 Vlr aprox. tributos R\$ 357,84 (31,5000%. Conf.Let 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	4,000	284,0000	1.136,00						
54	KABIVEN 1900 KCAL / 2053 ML Lote 10NE7519 Val 30-04-21 Qtd 8,00 Vlr aprox. tributos R\$ 892,08 (31,5000%. Conf.Let 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	8,000	354,0000	2.832,00						

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 28/10/2020

ASS. hoas

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
Ind. presença 3=Operação não presencial, Teletendimento						RESERVADO AO FISCO
.PEDIDO ENVIADO POR SILMARA SJRP UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017. LOCAL DE ENTREGA: RUA DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS. MONTADO POR LUCAS FAT POR VICTOR.						Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.06
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R\$ 100.794,90
DEBITO EM: 24/03/2020

=====

DOCUMENTO: 032401
AUTENTICACAO SISBB: 0.6BA.E15.186.22F.9B2



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
271



Data e Hora da Emissão	23/03/2020 17:51:57	Competência	23/3/2020	Código de Verificação	PUG1V1S74
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	(16)3419-8647	e-mail	fiscal@mccassessoria.com.br

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400				
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP
Plantonistas Coordenação/Diaristas

Convênio 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Referente Janeiro de 2020

Código do Serviço / Atividade

7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

Tributos Federais

PIS (R\$)	698,10	COFINS (R\$)	3.222,00	IR (R\$)	1.611,00	INSS (R\$)		CSLL (R\$)	1.074,00
-----------	--------	--------------	----------	----------	----------	------------	--	------------	----------

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço

Outras Informações

Cálculo do ISSQN devido no Município

Valor do Serviço R\$	107.400,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R\$	107.400,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	6.605,10	0-Nenhum	Base de Cálculo	107.400,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	() Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R\$	100.794,90	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R\$	2.148,00
		2-Não		

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <http://SaoCarlos.ginfes.com.br> com a utilização do Código de Verificação.

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

41031
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/04/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.57.06
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

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

AGENCIA: 5042-3 - UNIMAIIS CENTRO LESTE PAULISTA

CONTA: 4.599-3

FAVORECIDO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74

VALOR: R\$ 672,00

DEBITO EM: 24/03/2020

=====

DOCUMENTO: 032402

AUTENTICACAO SISBB: 1.F9A.789.6A2.BC0.2AB

SICOOB - Sistema de Cooperativas de Crédito do Brasil

SISBR - Sistema de Informática do SICOOB

COMPROVANTE DE TED

Hora: 19:10:02

Data: 12/04/2020

Nº Agendamento: 1191515

Data do Agendamento: 19/03/2020

Agendado para: 19/03/2020

Finalidade: 5-PAGAMENTO DE FORNECEDORES

Valor: R\$ 672,00

Remetente:

Cooperativa: 5042

Conta: 4.599-3

Nome: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74

Favorecido:

Banco: 1-BANCO DO BRASIL S.A.

ISPB: 00000000

Agência: 06790-BILAC

Conta: 3.389-5

Tipo da Conta: CC-CONTA CORRENTE

Nome: Quimix Produtos de Higiene

CPF/CNPJ: 53.882.767/0001-58

Autenticação: BA934F49-8F38-49BC-AE16-F7C6EFD27A9D

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

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 QUIMIX PRODUTOS DE HIGIENE EIRELI OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRONICA
ADICADA ABAIXO. EMISSÃO: 19/03/2020 VALOR TOTAL: R\$ 672.00 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - R.
7 DE STEMBRO, 529 Centro Bilac-SP

ATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

Nº. 000.001.932
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

QUIMIX PRODUTOS DE HIGIENE EIRELI

Av. Fernando Costa, 93
Centro - 16700-000
Guararapes - SP Fone/Fax: 1896360140

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.001.932
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0353 8827 6700 0158 5500 1000 0019 3210 5195 0292

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

135200228501668 - 19/03/2020 13:34:17

ATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda Mercadorias

INSCRIÇÃO ESTADUAL

330036673114

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

53.882.767/0001-58

ESTINATÁRIO / REMETENTE

OME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NDEREÇO

7 DE STEMBRO, 529

UNICÍPIO

Bilac

BAIRRO / DISTRITO

Centro

CEP

16210-000

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

19/03/2020

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

19/03/2020

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

13:34:03

ATURA / DUPLICATA

um. 001
enc. 19/03/2020
valor R\$ 672,00

ÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	V. FCP UF DEST.	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	672,0
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	672,00	0,00	672,0

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

OME / RAZÃO SOCIAL

FRETE

9-Sem Transporte

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

NDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

ADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CSOSN	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
12234	Alcool Liquido 70o 1 L	28289019	0400	5102	FR	120,0000	5,6000	672,00	0,00	0,00		0,00	

ADOS ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contribuinte: Cod Venda: 3559/ Trib aprox. R\$ (Fed.0 Est.0 Mun.0) - Fonte: IBPT/FECOMERCIO SP Xe67Eq // DOCUMENTO
MITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI Email
Destinatário: ebatista@ahbb.org.br
Valor Aproximado dos Tributos : R\$ 672,00

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UNGE: 090496 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:06
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23793394079005900001923000002008882080000047755

BENEFICIARIO:

CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E

NOME FANTASIA:

CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E

CNPJ: 61.418.042/0001-31

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 32.403

DATA DE VENCIMENTO 28/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 24/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 477,55

VALOR COBRADO 477,55

=====

NR.AUTENTICACAO 9.33A.B24.0A2.CAD.BC5

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:06
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100786519173182100000054000

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 32.404

NOSSO NUMERO 17115360000786519

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 30/03/2020

DATA DO PAGAMENTO 24/03/2020

VALOR DO DOCUMENTO 540,00

VALOR COBRADO 540,00

=====

NR.AUTENTICACAO A.BE5.A14.208.F7B.00B

Identificação do emitente



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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 1264689 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3520 0267 7291 7800 0491 5500 1001 2646 8914 1461 0347

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

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
27/02/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
27/02/2020

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
1264689/1	30/03/2020	540,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
540,00	97,20	0,00	0,00	540,00

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	540,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	0,690	0,690

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB907 Q: 30,0000 F: 31/01/19 V: 31/12/2020	30049099	200	5102	SE	30,00	18,00	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
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

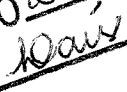
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 28/02/2020 Pedido: 1564517 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1564517 *** 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 Cobranca 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 Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 28/02/2020

ASS. 

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

26/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:58:33
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

=====

DATA DA TRANSFERENCIA	26/03/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	354.695,77

***** TRANSFERIDO PARA:

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

NR.AUTENTICACAO	2.ADF.651.EEF.B0B.551
-----------------	-----------------------

02/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:57:06
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

10495569605600010004200000309096182060000024723

BENEFICIARIO:

MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS

NOME FANTASIA:

MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS

CNPJ: 08.145.250/0001-21

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	32.601
DATA DE VENCIMENTO	25/03/2020
DATA DO PAGAMENTO	26/03/2020
VALOR DO DOCUMENTO	242,00
JUROS/MULTA	5,23
VALOR COBRADO	247,23

NR.AUTENTICACAO 5.C97.D66.399.A8D.C9E

RECEBEMOS DE MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVICOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRONICA INDICADA AO LADO. EMISSÃO: VALOR TOTAL: R\$ 242,00 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 - SALA 03 JARDIM ARIANO LINS-SP		NF-e Nº. 000.007.788 Série 001
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  MEDICALMED COMERCIO DE EQUIPAMENTOS MEDICOS LTDA AVENIDA PARA, 1125 SAO GERALDO - 90240-592 PORTO ALEGRE - RS Fone/Fax: (51) 3026-5636		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.007.788 Série 001 Folha 1/1	 CHAVE DE ACESSO 4320 0308 1452 5000 0121 5500 1000 0077 8810 0121 9866 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 143200040763685 - 04/03/2020 09:30:24
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA		CNPJ 08.145.250/0001-21	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0963135449	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT		

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL
LINS	SP	(14) 3532-5198	

FATURA / DUPLICATA	
Num.	001
Venc.	25/03/2020
Valor	RS 242,00

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	190,00	22,80	0,00	0,00	1,24	190,00
VALOR DO FRETE	52,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS
		0,00	0,00	0,00	0,00	5,70
						242,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL		(1) Dest/Rem				34.028.316/0026-61
EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELEGRAFOS						
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA PRESIDENTE FRANKLIN ROSELVELT, 1311		PORTO ALEGRE			RS	
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,650		0,650

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
39314	PAPEL PARA ECG MAC 800 110X140X350FLS LOTE: 0019/20	48234000	000	6102	UN	5.0000	38.0000	190,00	190,00	22,80		12	
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 11/03/2020 ASS. <i>[Assinatura]</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 ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

30/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:41:32
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 30/03/2020

NR. DOCUMENTO 550.448.000.019.429

VALOR TOTAL 1.985,13

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINA L P R DE SOUSA

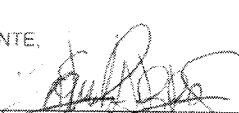
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 19.429-8

NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

NR.AUTENTICACAO E.CB9.D48.7EB.EF7.3A5

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		Número Carteira Profissional 30950	Série 00240
PERÍODOS			
De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 01/04/2020 A 30/04/2020 = 30 Dias	De Abono	
BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas: 00	Férias: 1.625,07 P		
Salário Base: 1.191,49	1/3 das Férias: 541,69 P		
Média Horas: 224,58	Abono de Férias: 0,00		
Média Valores: 0,00	1/3 do Abono de Férias: 0,00		
Outras Vantagens: 209,00	Adicional do Dobro das Férias: 0,00		
TOTAL BASE CALCULO: 1.625,07	1/3 do Dobro das Férias: 0,00		
	Salário Família: 0,00		
	1ª Parcela 13º Salário: 0,00		
	Desconto da Previdência: 181,63 D		
	Desconto do imposto de Renda: 0,00		
	TOTAL DOS PROVENTOS: 2.166,76 P		
	TOTAL DOS DESCONTOS: 181,63 D		
	TOTAL LIQUIDO: 1.985,13 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\$ 1.985,13 (um mil novecentos e oitenta e cinco reais e treze centavos) a ser paga adiantadamente.			
CIENTE,  REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		Data: 02/03/2020 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\$ 1.985,13 (um mil novecentos e oitenta e cinco reais e treze centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.	
Data: 30/03/2020 MIRANDOPOLIS	 REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA

31/03/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:21:30
679006790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	31/03/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	402.708,25

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

NR.AUTENTICACAO	1.209.FFC.FCB.346.32B
-----------------	-----------------------

Transação efetuada com sucesso por: JA015962 ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO.

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

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

pagina 35 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção 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	06:58	14:08	14:40	19:01	11:31	00:00	00:00
23/01 qui	06:43	12:06	12:53	19:00	11:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	06:51	12:38	13:46	19:03	11:00	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	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	07:10	12:02	12:58	19:02	10:56	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	07:06	12:17	13:16	19:05	11:00	00:00	00:00
01/02 sab	06:59	14:09	14:52	19:03	11:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	07:03	14:37	15:23	19:05	11:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	07:07	12:19	13:27	19:03	10:48	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	07:01	12:00	12:54	19:04	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	07:05	11:21	12:27	18:58	10:47	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	07:00	11:58	13:06	19:00	10:52	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	06:59	12:28	13:38	19:06	10:57	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	07:01	11:49	12:50	19:02	11:00	00:00	00:00
19/02 qua	07:03	12:05	13:07	19:03	10:58	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					153:49	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: 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

 PATRICIA MICHELE DE
ALMEIDA
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Funcionário PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	06:58	12:11	13:23	19:01	10:51	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	07:03	13:53	15:00	19:05	10:55	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	06:59	12:41	13:41	19:20	11:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	06:59	15:01	16:09	20:14	10:53	00:00	00:00
29/01 qua	12:37	16:54	17:11	18:43	05:49	00:00	00:00
30/01 qui	06:56	15:02	16:30	19:13	10:49	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	07:05	15:19	16:00	18:21	10:35	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Banco de Horas				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	07:03	13:29	14:35	21:17	10:51	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	07:04	14:58	15:59	19:12	11:00	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	07:03	15:03	16:10	19:08	10:58	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	07:05	15:08	17:19	17:53	08:37	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	07:01	14:33	16:17	19:10	10:25	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	07:08	16:23	17:05	20:13	11:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					133:43	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 [So Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


PRISCILA SANTOS LEITE DE
12/10/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 45 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **WILLIAN SOUZA SALADINI**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	18:10	21:43	21:58	23:59	05:45	00:15	02:16
22/01 qua	18:01	21:11	21:33	23:51	05:28	00:22	02:06
23/01 qui	18:11	21:15	21:30	00:04	05:45	00:15	02:21
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	18:15	20:22	20:37	00:00	05:45	00:15	02:17
26/01 dom	18:02	21:15	21:32	23:57	05:45	00:17	02:13
27/01 seg	17:55	20:48	21:16	23:55	05:45	00:28	02:11
28/01 ter	16:00	17:59			00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	17:59	20:09	20:29	23:55	05:45	00:20	02:11
31/01 sex	17:58	21:18	21:33	23:58	05:45	00:15	02:14
01/02 sab	18:07	20:51	21:08	23:56	05:45	00:17	02:12
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	18:12	20:28	20:43	00:02	05:45	00:15	02:19
04/02 ter	18:05	21:52	22:00	23:56	05:45	00:08	02:12
05/02 qua	18:11	21:12	21:27	23:55	05:29	00:15	02:11
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	18:18	21:15	21:41	23:54	05:10	00:26	02:10
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	18:12	21:01	21:15	23:00	04:34	00:14	01:08
11/02 ter	18:13	21:36	21:51	23:53	05:25	00:15	02:09
12/02 qua	18:16	21:10	21:25	23:33	05:02	00:15	01:46
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	18:13	21:00	21:20	23:08	04:35	00:20	01:17
15/02 sab	18:09	20:56	21:20	23:00	04:27	00:24	01:08
16/02 dom	18:09	21:00	21:15	23:06	04:42	00:15	01:15
17/02 seg	18:06	20:02	20:18	23:08	04:46	00:16	01:17
18/02 ter	17:52	21:27	21:44	23:10	05:01	00:17	01:20
19/02 qua	18:23	21:05	21:20	23:00	04:22	00:15	01:08
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 22 dias, 9 folgas/feriados					116:31	06:19	41:21

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

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 12 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario **CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME**
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	06:58	12:00	13:05	19:02	10:59	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	07:03	12:10	13:06	19:08	11:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	07:05	12:00	13:00	19:07	11:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	06:49	12:10	13:07	19:10	11:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	07:01	13:04	13:59	19:12	11:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	07:04	13:31	14:48	19:08	10:47	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	06:53	07:55			01:02	00:00	00:00
18/02 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 7 dias, 11 folgas/feriados, 13 afastamentos					66:48	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

Horario 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

CRISTIANE PASCOALETO
VENDRAME

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

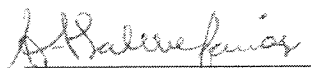
Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	18:54	20:40	21:36	07:13	11:00	00:00	08:00
24/01 sex	Folga				00:00	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	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	18:30	20:18	21:11	07:01	11:38	00:00	08:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	18:53	20:31	21:27	07:16	11:00	00:00	08:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	18:58	20:29	21:25	07:16	11:00	00:00	08:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	18:49	20:35	21:30	07:14	11:00	00:00	08:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	18:59	20:36	21:36	07:09	11:00	00:00	08:00
07/02 sex	Folga				00:00	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	18:50	20:41	21:39	07:16	11:00	00:00	08:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:01	20:27	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	18:49	20:41	21:36	07:11	11:00	00:00	08:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	18:54	20:30	21:27	07:16	11:00	00:00	08:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	18:57	20:44	21:42	07:30	11:35	00:00	08:00
TOTAL: 11 dias, 17 folgas/feriados, 3 afastamentos					122:13	00:00	88:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTÍMA 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 AGUIAR
 SALESSE
 13/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Funcionário ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDOPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	18:45	20:10	21:02	07:01	11:00	00:00	08:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	18:57	20:30	21:34	07:02	11:00	00:00	08:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	18:55	20:16	21:17	07:05	11:00	00:00	08:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	08:01	19:00	20:14	21:16	10:59	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	19:00	20:07	21:09	07:03	11:00	00:00	08:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	18:59	20:22	21:28	07:03	10:58	00:00	08:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	19:05	20:10	21:16	06:58	10:47	00:00	08:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	18:38	20:19	21:23	07:00	11:00	00:00	08:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	19:01	20:08	21:08	07:10	11:00	00:00	08:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	18:57	20:04	20:58	07:05	11:00	00:00	08:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	18:12	20:26	21:29	06:57	10:54	00:00	08:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	19:08	20:04	21:08	07:00	10:48	00:00	08:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	20:03	20:19	21:20	07:00	09:56	00:00	08:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					141:22	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 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

12/3/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **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 Not.
21/01 ter	06:49	12:24	13:14	19:09	11:00	00:00	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	06:46	13:00	13:56	19:00	11:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	06:46	12:06	12:57	19:04	11:00	00:00	00:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	06:49	12:10	13:02	19:07	11:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	06:48	12:09	13:02	19:02	11:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	06:47	12:06	13:00	19:06	11:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	06:47	12:33	13:12	19:05	11:39	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	06:49	13:13	14:05	19:01	11:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	06:54	13:11	14:04	19:04	11:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	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	06:55	12:22	13:11	19:02	11:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	06:47	12:00	12:51	19:04	11:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	06:48	12:01	12:54	19:00	11:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	06:49	12:06	13:00	19:06	11:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:39	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


 VALERIA CRISTINA DE SOUZA
 DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 38 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **RICARDO DE CARVALHO**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	18:48	20:22	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	18:52	20:22	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	18:48	20:31	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	18:55	20:32	21:31	07:01	11:00	00:00	08:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 7 folgas/feriados, 20 afastamentos					44:00	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

RICARDO DE CARVALHO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Funcionario REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
FARMÁCIA

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	18:53	20:32	21:27	07:03	11:00	00:00	08:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	18:53	20:32	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	18:53	20:44	21:36	07:06	11:00	00:00	08:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	18:51	20:14	21:08	07:03	11:00	00:00	08:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	17:54	20:25	21:18	06:01	10:08	00:00	08:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	18:57	20:31	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	18:54	20:34	21:20	07:01	11:00	00:00	08:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	18:53	20:33	21:29	07:03	11:00	00:00	08:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	18:55	20:34	21:30	07:06	11:00	00:00	08:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	18:57	20:34	21:34	07:00	11:00	00:00	08:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	18:54	20:33	21:31	07:03	11:00	00:00	08:00
14/02 sex	09:10	10:41			00:00	00:00	00:00
15/02 sab	18:53	20:31	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	18:49	20:34	21:30	07:03	11:00	00:00	08:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	18:51	20:33	21:27	07:01	11:00	00:00	08:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					153:08	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)


REGINA LEIA PARRO
RODRIGUES DE
15/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario LUIS FERANDO BETONI
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
 FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	11:55	14:45	15:00	18:16	05:45	00:15	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	11:56	17:00	17:15	18:00	05:45	00:15	00:00
25/01 sab	06:01	08:30	08:45	12:02	05:45	00:15	00:00
26/01 dom	05:59	08:45	08:59	12:07	05:45	00:14	00:00
27/01 seg	11:58	14:05	14:20	18:04	05:45	00:15	00:00
28/01 ter	11:46	16:38	16:57	18:06	05:45	00:19	00:00
29/01 qua	11:59	16:17	16:31	18:05	05:45	00:14	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	11:53	15:50	16:06	18:01	05:45	00:16	00:00
03/02 seg	11:58	13:40	13:55	18:10	05:45	00:15	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	12:10	16:46	17:48	18:01	04:49	00:15	00:00
07/02 sex	12:07	15:34	15:40	18:22	05:45	00:06	00:00
08/02 sab	06:14	10:32	11:32	18:04	05:45	00:15	00:00
09/02 dom	11:58	17:15	17:30	18:06	05:45	00:15	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	12:03	14:05	14:19	18:18	05:45	00:14	00:00
12/02 qua	11:55	14:00	14:15	18:04	05:45	00:15	00:00
13/02 qui	12:16	13:40	13:54	17:59	05:29	00:14	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	12:01	15:15	15:30	18:12	05:45	00:15	00:00
16/02 dom	11:46	13:10	13:25	18:15	05:45	00:15	00:00
17/02 seg	11:58	14:45	15:00	18:07	05:45	00:15	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	12:00	14:00	14:15	18:38	05:45	00:15	00:00
20/02 qui	17:57	20:31	20:46	23:28	05:16	00:15	01:40
TOTAL: 21 dias, 10 folgas/feriados					119:04	05:07	01:40

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



Funcionario LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	19:01	19:34	20:29	07:00	11:00	00:00	08:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	18:47	20:40	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00
24/01 sex	Folga				00:00	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	19:10	20:55	21:51	07:00	10:54	00:00	08:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	18:56	20:18	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	18:53	20:31	21:26	07:08	11:00	00:00	08:00
01/02 sab	18:47	20:18	21:19	07:01	11:00	00:00	08:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	18:49	20:35	21:38	07:00	11:00	00:00	08:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	18:49	20:36	21:31	07:00	11:00	00:00	08:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	19:10	20:31	21:22	07:02	11:00	00:00	08:00
09/02 dom	18:47	20:12	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:57	20:26	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	18:50	20:43	21:41	06:48	11:00	00:00	08:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Jornada	20:20		07:00	10:40	00:00	08:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	18:54	20:30	21:26	07:00	11:00	00:00	08:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	18:53	20:44	21:42	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					164:34	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)

LUCAS CARVALHO DOS
SANTOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

11/03/2020

Funcionário EDILENE MANOEL
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	06:53	13:09	14:11	19:01	11:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	06:55	13:12	14:08	19:08	11:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	06:55	12:18	13:23	19:05	11:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	06:59	12:11	13:13	19:10	11:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 7 folgas/feriados, 20 afastamentos					44:00	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)

Edilene Manoel
EDILENE MANOEL
12/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	06:43	12:02	13:45	19:04	10:38	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	17:45	20:35	21:26	06:00	10:09	00:00	08:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	06:48	12:04	13:07	19:03	11:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	06:49	12:18	13:17	19:09	11:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	06:47	12:17	13:15	19:00	11:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	06:47	12:15	13:16	19:06	11:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	06:48	12:20	13:19	19:10	11:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	06:52	12:06	13:06	19:00	11:00	00:00	00:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	06:55	12:06	13:09	19:08	11:00	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	06:47	12:28	13:23	19:00	11:00	00:00	00:00
14/02 sex	09:10	10:38			01:28	00:00	00:00
15/02 sab	06:49	12:04	13:11	19:09	11:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	06:48	12:16	13:23	19:01	11:00	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	06:47	12:08	13:10	19:00	11:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					143:15	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 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

Isadora M. de Castro
 ISADORA MORAIS DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Funcionário GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	06:53	12:20	13:11	19:02	11:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	06:50	12:07	13:06	19:00	11:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	07:04	12:20	13:14	19:07	11:00	00:00	00:00
09/02 dom	06:58	12:05	13:05	19:01	11:00	00:00	00:00
10/02 seg	06:56	12:22	13:17	19:02	11:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	07:07	12:01	12:58	19:04	11:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	07:04	11:08	12:06	19:01	10:59	00:00	00:00
17/02 seg	19:00	20:03	21:30	07:00	10:33	00:00	08:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	06:55	12:10	13:05	19:01	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 10 folgas/feriados, 12 afastamentos					98:32	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 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)


GISLAINE MACHADO
MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

pagina 33 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refelcao	Total Not.
21/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
13/02 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 5 folgas/feriados, 26 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

NATALIA XAVIER
NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	19:01	19:34	20:35	07:00	10:58	00:00	08:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	18:51				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	18:51	20:22	21:17	07:05	11:00	00:00	08:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	18:52	20:55	21:52	07:00	11:00	00:00	08:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	18:57	20:18	21:13	07:00	11:00	00:00	08:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	18:56	20:31	21:28	07:08	11:00	00:00	08:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	18:58	20:29	21:25	07:09	11:00	00:00	08:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	19:01	20:35	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	18:54	20:26	21:22	07:04	11:00	00:00	08:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	19:02	20:41	21:40	07:04	11:00	00:00	08:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:50	20:26	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	18:50	20:44	21:41	06:48	11:00	00:00	08:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	18:49	20:41	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	18:51	20:13	21:07	07:02	11:00	00:00	08:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:58	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIARIA 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)


 PATRICIA ADRIANA FERREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 32 de 45
 Impresso em 09/03/2020 15:17

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	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	07:01	13:33	14:37	19:09	11:00	00:00	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	07:04	13:32	14:34	19:12	11:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	06:59	13:26	14:30	19:04	11:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	07:00	13:20	14:25	19:09	11:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	07:03	14:10	15:13	19:06	11:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	07:05	14:38	15:49	19:10	10:54	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	06:06	13:34	14:45	17:37	09:26	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	06:05	12:37	13:39	17:37	09:35	00:00	00:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	07:07	13:29	14:35	19:01	10:48	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	06:11	13:03	14:08	17:38	09:33	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	06:06	13:10	14:13	17:39	09:36	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	07:10	13:31	14:33	19:00	10:48	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	06:13	13:50	14:55	18:31	10:26	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	06:10	13:15	14:23	17:38	09:30	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					145:36	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

Natalia Pazinato da Silva
 NATALIA PAZINATO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Funcionário NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	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	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	11:46	16:07	16:16	18:09	05:45	00:09	00:00
01/02 sab	05:52	14:15	15:11	18:15	05:45	00:15	00:00
02/02 dom	05:54	10:19	10:34	12:03	05:45	00:15	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	05:56	10:03	10:15	12:01	05:45	00:12	00:00
05/02 qua	06:00	10:47	11:01	11:57	05:45	00:14	00:00
06/02 qui	17:49	20:16	20:24	23:50	05:45	00:08	02:05
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	05:54	10:34	10:51	12:05	05:45	00:17	00:00
10/02 seg	06:03	11:21	11:30	12:00	05:45	00:09	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	05:57	10:00	10:11	12:30	05:45	00:11	00:00
13/02 qui	17:52	19:25	19:36	23:57	05:45	00:11	02:13
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	05:52	09:56	10:13	12:07	05:45	00:17	00:00
16/02 dom	05:50	10:24	10:37	12:03	05:45	00:13	00:00
17/02 seg	05:59	08:35	08:43	09:47	03:40	00:08	00:00
18/02 ter	Isento de marcação de ponto				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Isento de marcação de ponto				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	06:03	10:22	10:39	11:57	05:45	00:17	00:00
TOTAL: 14 dias, 15 folgas/feriados, 2 afastamentos					78:25	02:56	04:18

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

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **CATIA FERNANDA FERRAZ**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/02 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00

Funcionario CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA 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 **BIANCA CAETANO COSTA SILVA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	06:53	12:43	13:33	19:15	11:32	00:00	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	06:53	11:49	12:48	19:03	11:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	06:46	12:00	12:58	19:18	11:34	00:00	00:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	06:49	12:57	13:54	19:05	11:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	06:48	12:09	12:58	19:07	11:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	06:54	13:15	14:01	19:11	11:31	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	06:53	12:52	13:41	19:09	11:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	06:51	11:59	12:51	19:16	11:33	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	06:50	12:26	13:23	19:04	11:00	00:00	00:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	06:52	13:16	14:10	19:03	11:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	06:54	12:05	13:07	20:46	11:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	06:49	12:03	13:02	19:05	11:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	06:46	12:28	13:23	19:08	11:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	06:54	12:29	13:09	19:15	11:41	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					156:51	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 Brândi 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

Bianca C. C. Silva
 BIANCA CAETANO COSTA
 SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario BRUNA BERALDO FERRANTE
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refelcao	Total Not.
21/01 ter	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	07:00	13:03	14:33	19:09	10:39	00:00	00:00
01/02 sab	18:15	20:34	21:36	07:01	10:59	00:00	08:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	07:04	11:43	13:01	19:12	10:50	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	07:09	12:37	13:45	19:00	10:43	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	07:01	13:02	14:03	19:16	11:00	00:00	00:00
08/02 sab	18:57	20:25	21:22	07:13	11:00	00:00	08:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	07:04	12:32	13:29	19:14	11:00	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	07:03	14:05	15:01	20:55	11:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	07:03	12:27	13:21	19:25	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 12 folgas/feriados					98:11	00:00	16:00

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]
 Faltas [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


 BRUNA BERALDO FERRANTE
 11/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 40 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **SONIA MARIA RIZZO**
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	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	06:46	11:56	12:57	19:00	11:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	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	06:45	12:10	13:02	19:07	11:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	06:48	12:08	13:03	19:02	11:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	06:46	12:08	13:03	19:06	11:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	06:47	12:32	13:14	19:05	11:36	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	06:46	12:18	13:11	19:01	11:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	06:50	12:07	13:06	19:03	11:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	06:48	12:21	13:13	19:06	11:00	00:00	00:00
09/02 dom	06:47	12:05	13:05	19:01	11:00	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	06:52	12:00	12:57	19:03	11:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	06:48	12:01	12:54	19:00	11:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	06:50	12:12	13:16	19:02	11:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	06:52	12:10	13:01	19:02	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:36	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: 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 SemSonia Maria Rizzo
SONIA MARIA RIZZO
12.02.20ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Funcionário: SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	18:53	19:34	20:31	07:00	00:07	00:00	08:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	18:54	20:40	21:36	07:00	00:06	00:00	08:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	18:51	20:22	21:16	07:05	00:09	00:00	08:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	18:49	20:55	21:51	07:00	00:11	00:00	08:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	18:48	20:18	21:12	07:00	00:12	00:00	08:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	18:52	20:29	21:25	07:08	00:08	00:00	08:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	18:50	20:36	21:32	07:00	00:10	00:00	08:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	18:52	20:25	21:21	07:05	00:08	00:00	08:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	18:50	20:41	21:39	07:04	00:10	00:00	08:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:54	20:26	21:22	07:00	00:06	00:00	08:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	18:51	20:44	21:41	07:01	00:09	00:00	08:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	18:57	20:40	21:36	07:00	00:03	00:00	08:00
17/02 seg	18:48	20:03	21:02	07:00	00:12	00:00	08:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	18:49	20:44	21:42	07:01	00:11	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					02:02	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)

Sônia dos S. Rocha
SONIA DOS SANTOS ROCHA
11/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 15 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário **DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	18:50	20:29	21:26	07:12	11:00	00:00	08:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	18:52	20:35	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	18:54	20:36	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	18:52	20:25	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	18:50	20:41	21:38	07:03	11:00	00:00	08:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:53	20:27	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	18:52	20:44	21:41	07:00	11:00	00:00	08:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	18:57	20:33	21:26	07:01	11:00	00:00	08:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	18:57	20:44	21:42	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 9 dias, 10 folgas/feriados, 12 afastamentos					99:00	00:00	72:00

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


DENISE PRISCILA ANCILOTTO
LISBOA DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

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	Refelcao	Total Not.
21/01 ter	18:56	19:34	20:29	07:00	11:00	00:00	08:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	19:01	20:40	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	19:01	20:22	21:18	07:05	11:00	00:00	08:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	18:53	20:31	21:27	07:08	11:00	00:00	08:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	18:55	20:29	21:26	07:09	11:00	00:00	08:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	18:58	20:35	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	18:56	20:36	21:31	07:01	11:00	00:00	08:00
07/02 sex	Folga				00:00	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	18:57	20:41	21:41	07:04	11:00	00:00	08:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:57	20:27	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	18:58	19:56	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00
16/02 dom	18:57	20:41	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	18:59	20:30	21:26	07:01	11:00	00:00	08:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					132:00	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 Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD,NOTURNO)

Edilaine Munhoz Maquea
 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
 11/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 26 de 45
 Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ**
 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	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	06:59	13:26	14:31	19:04	11:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	07:02	13:20	14:25	19:09	11:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	07:10	14:10	15:13	19:06	10:53	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	07:01	14:05	15:02	19:03	11:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	07:05	14:16	15:19	19:09	11:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	07:02	12:36	13:43	19:04	10:55	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	07:00	13:03	14:00	18:58	11:00	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	07:00	13:10	14:14	19:00	10:56	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	07:08	12:34	13:37	18:56	10:45	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	07:11	13:15	14:10	19:04	10:58	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 19 folgas/feriados, 2 afastamentos					109:27	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

Leticia Ferraz
LETICIA MAIARA DOS SANTOS **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	Refelcao	Total Not.
21/01 ter	07:30	14:24	15:24	17:15	07:15	01:00	00:00
22/01 qua	07:46	14:05	15:05	16:42	06:42	01:00	00:00
23/01 qui	Falta				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	07:36	14:19	15:15	17:37	07:30	01:00	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	07:30	13:51	14:54	16:41	06:41	01:00	00:00
28/01 ter	07:30	13:22	14:23	16:34	06:34	01:00	00:00
29/01 qua	07:29	12:45	13:47	16:36	06:36	01:00	00:00
30/01 qui	07:40	13:34	16:44		03:34	00:00	00:00
31/01 sex	07:26	13:25	14:28	16:34	06:34	01:00	00:00
01/02 sab	07:19	14:19	15:25	17:10	00:00	01:06	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	08:02	14:13	14:42	15:08	05:08	00:29	00:00
04/02 ter	07:36	13:06	14:00	16:50	06:50	01:00	00:00
05/02 qua	07:40	13:45	14:46	16:44	06:44	01:00	00:00
06/02 qui	07:27	12:50	13:55	17:28	07:30	01:00	00:00
07/02 sex	07:35	13:25	14:29	16:37	06:37	01:00	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	07:27	12:53	14:12	16:49	06:30	01:00	00:00
11/02 ter	07:25	12:54	13:56	17:51	07:30	01:00	00:00
12/02 qua	07:40	13:00	14:01	16:51	06:51	01:00	00:00
13/02 qui	07:32	12:26	13:27	16:03	06:03	01:00	00:00
14/02 sex	07:49	13:39	14:31	16:40	06:40	01:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	07:38	13:46	14:53	16:02	06:02	01:00	00:00
18/02 ter	07:45	13:35	14:40	16:43	06:43	01:00	00:00
19/02 qua	07:39	14:08	15:08	16:44	06:44	01:00	00:00
20/02 qui	07:26	12:59	14:02	17:39	07:30	01:00	00:00
TOTAL: 22 dias, 1 falta, 8 folgas/feriados					144:48	21:35	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

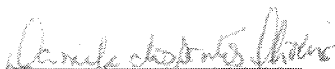
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 13 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção 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	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	18:51	20:03	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	18:54	20:33	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	18:54	20:24	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	18:54	20:20	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	18:49	19:58	20:55	07:02	11:00	00:00	08:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	18:50	20:22	21:28	07:01	11:00	00:00	08:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	18:46	20:09	20:52	07:00	11:31	00:00	08:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	18:52	20:12	21:09	07:00	11:00	00:00	08:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	18:51	20:08	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	18:49	20:05	20:56	06:59	11:00	00:00	08:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	18:52	19:56	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	18:51	20:14	21:07	07:01	11:00	00:00	08:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					132:31	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: CusteioHorário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem

 DANIELA DOS SANTOS DE
OLIVEIRA
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario: DEBORA CRISTINA LOCHE
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	18:57	20:20	21:20	07:00			11:00	00:00	08:00
22/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
23/01 qui	18:53	20:40	21:39	07:00			11:00	00:00	08:00
24/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
25/01 sab	18:51	20:34	21:34	07:03			11:00	00:00	08:00
26/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/01 seg	18:54	20:32	21:32	07:06			11:00	00:00	08:00
28/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
29/01 qua	18:53	20:33	21:33	07:00			11:00	00:00	08:00
30/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
31/01 sex	18:53	20:31	21:30	07:01			11:00	00:00	08:00
01/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
02/02 dom	18:53	20:30	21:30	07:01			11:00	00:00	08:00
03/02 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
04/02 ter	18:51	20:35	21:35	07:00			11:00	00:00	08:00
05/02 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
06/02 qui	18:30	20:30	21:30	06:31			11:00	00:00	08:00
07/02 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
08/02 sab	18:53	20:31	21:31	07:00			11:00	00:00	08:00
09/02 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
10/02 seg	18:54	20:40	21:40	07:02			11:00	00:00	08:00
11/02 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:54	20:30	21:41	07:00			10:55	00:00	08:00
13/02 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
14/02 sex	09:10	10:41	18:54	20:20	21:20	07:01	11:00	00:00	08:00
15/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
16/02 dom	18:52	20:30	21:32	07:00			11:00	00:00	08:00
17/02 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
18/02 ter	18:54	20:30	21:30	07:04			11:00	00:00	08:00
19/02 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados							164:55	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)

Debora Cristina Loche
 DEBORA CRISTINA LOCHE

11103120

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 21 de 45
impresso em 09/03/2020 15:17Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção AUX DE
FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	06:40				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	06:44	13:08	14:04	18:55	11:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	06:54	12:21	13:23	19:04	11:00	00:00	00:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	06:45	12:40	13:40	19:03	11:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	06:50	13:34	14:25	19:06	11:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	06:53	12:29	13:31	19:04	11:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	07:00	13:24	14:23	19:00	11:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	06:49	13:43	14:41	18:56	11:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	06:50	10:57	12:17	19:09	10:59	00:00	00:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	06:42	13:37	14:35	19:03	11:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	06:44	13:23	14:23	19:02	11:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	06:48	12:15	13:20	19:00	11:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	06:56	13:31	14:34	19:07	11:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	06:54	12:10	13:01	19:04	11:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	18:01	20:28	21:24	06:10	10:14	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados, 1 afastamento					153:13	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: 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
Faltas

IZABEL CRISTINA DE SOUZA
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 4 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	06:53	12:49	13:51	19:09	11:00	00:00	00:00
22/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	06:47	12:58	13:56	19:00	11:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	06:46	13:07	14:05	19:06	11:00	00:00	00:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	06:45	13:02	14:01	19:07	11:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	06:48	13:02	14:01	19:02	11:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	06:49	13:03	14:01	19:05	11:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	06:47	13:18	14:14	19:05	11:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	06:55	13:12	14:11	19:02	11:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	06:51	13:07	14:04	19:05	11:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	06:48	13:14	14:12	19:06	11:00	00:00	00:00
09/02 dom	06:47	13:06	14:05	19:01	11:00	00:00	00:00
10/02 seg	06:55	13:15	14:11	19:01	11:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	06:53	12:56	13:53	19:04	11:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	07:00	12:57	13:51	19:00	11:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	07:01	12:59	13:57	19:03	11:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	06:55	12:59	13:56	19:04	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados					176:00	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

ANA AUGUSTA FELICIANI
CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 31 de 46
 Impresso em 28/02/2020 15:08

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	Trabalhadas	Total Not.	Extra A	Extra Dom A	Extra Fol A
21/01 ter	07:27	11:12	11:27	16:12	08:30	00:00	00:00	00:00	00:00
22/01 qua	07:14	11:26	12:43	16:38	08:07	00:00	00:00	00:00	00:00
23/01 qui	07:27	11:10	12:50	17:33	08:26	00:00	00:00	00:00	00:00
24/01 sex	07:34	11:30	12:34	16:43	08:05	00:00	00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/01 seg	07:18	11:13	12:22	16:30	08:03	00:00	00:00	00:00	00:00
28/01 ter	07:24	12:50	13:18	16:31	08:39	00:00	00:00	00:00	00:00
29/01 qua	07:11	11:18	12:36	16:29	08:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/01 qui	07:31	11:12	12:22	16:44	08:03	00:00	00:00	00:00	00:00
31/01 sex	07:09	11:10	12:34	16:18	07:45	00:00	00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/02 seg	07:28	11:21	12:49	16:38	07:42	00:00	00:00	00:00	00:00
04/02 ter	07:26	12:14	16:29		04:48	00:00	00:00	00:00	00:00
05/02 qua	07:26	11:24	12:46	16:35	07:47	00:00	00:00	00:00	00:00
06/02 qui	07:28	11:31	12:56	16:45	07:52	00:00	00:00	00:00	00:00
07/02 sex	07:22	11:16	13:06	16:37	07:25	00:00	00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/02 seg	07:35	11:38	12:30	16:20	07:53	00:00	00:00	00:00	00:00
11/02 ter	07:34	11:35	12:45	16:41	07:57	00:00	00:00	00:00	00:00
12/02 qua	07:30	11:11	12:49	16:54	07:46	00:00	00:00	00:00	00:00
13/02 qui	07:40	13:03	15:43		05:23	00:00	00:00	00:00	00:00
14/02 sex	07:20	11:10	12:56	16:28	07:22	00:00	00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/02 seg	07:35	11:12	12:12	16:17	07:42	00:00	00:00	00:00	00:00
18/02 ter	07:36	11:17	12:25	16:34	07:50	00:00	00:00	00:00	00:00
19/02 qua	07:23	11:02	11:17	16:32	08:54	00:00	00:00	00:00	00:00
20/02 qui	07:35	11:00	12:32	16:24	07:17	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 23 dias, 8 folgas/feriados					177:16	00:00	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): 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]
 Faltas [Só Atraso] (feriado)


 MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 30 de 46
Impresso em 28/02/2020 15:08

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	Trabalhadas	Total Not.	Extra A	Extra Dom A	Extra Fol A
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
22/01 qua	06:51	12:20	13:21	19:01	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
24/01 sex	06:52	12:31	13:23	19:11	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
28/01 ter	06:54	12:12	13:11	19:10	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
30/01 qui	06:53	12:33	13:46	19:04	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
01/02 sab	06:52	13:02	14:01	19:04	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
03/02 seg	06:49	12:49	14:07	19:12	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
05/02 qua	06:53	15:11	15:59	19:05	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
07/02 sex	06:52	14:48	15:45	18:57	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
11/02 ter	06:56	14:40	15:44	18:58	10:58	00:00	00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
13/02 qui	06:52	15:03	16:05	19:00	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
15/02 sab	06:54	14:50	15:51	18:58	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
17/02 seg	06:58	14:21	15:21	18:57	10:59	00:00	00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
19/02 qua	07:03	14:59	15:59	19:03	11:00	00:00	00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:55	00:00	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 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)

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	06:51	12:16	13:15	18:04	10:14	00:00	00:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	06:47	12:25	13:36	18:18	10:20	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	06:48	12:13	13:15	19:04	11:00	00:00	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	06:57	12:33	13:46	19:05	10:55	00:00	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	06:48	13:02	14:01	19:03	11:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	06:55	12:49	14:07		05:54	00:00	00:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	06:58	12:29	13:29	19:04	11:00	00:00	00:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	06:52	13:07	14:06	19:03	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	06:52	12:17	13:20	18:58	11:00	00:00	00:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	06:51	13:07			06:16	00:00	00:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	06:56	12:17	13:25	18:58	10:54	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	06:51	12:16	13:23	18:56	10:58	00:00	00:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	06:52	12:06	13:10	19:02	11:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					131:31	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

18/3/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 23 de 45
 Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

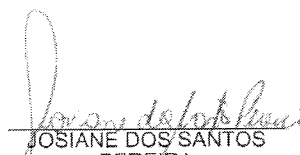
Função
 FISIOTERAPEUTA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	11:40	15:06	15:22	18:02	05:45	00:15	00:00
23/01 qui	11:38	15:45	15:59	18:12	05:45	00:15	00:00
24/01 sex	17:53	19:30	19:45	23:50	00:07	00:00	02:05
25/01 sab	11:38	15:30	15:47	18:00	05:45	00:15	00:00
26/01 dom	11:53	16:59	17:17	18:02	05:45	00:15	00:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	17:55	20:47	21:01	00:00	00:05	00:00	02:17
29/01 qua	17:44	20:04	20:24	00:00	00:16	00:00	02:17
30/01 qui	11:46	15:07	15:25	18:03	05:45	00:15	00:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	17:40	19:30	20:15	00:01	00:20	00:00	02:18
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	11:44	15:00	15:17	18:05	05:45	00:15	00:00
05/02 qua	11:45	15:34	15:49	18:11	05:45	00:15	00:00
06/02 qui	11:43	13:45	13:58	17:27	05:12	00:15	00:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	17:38	19:00	19:20	00:27	00:22	00:00	02:48
09/02 dom	17:47	19:45	20:04	00:00	00:13	00:00	02:17
10/02 seg	11:43	16:28	16:45	18:15	05:45	00:15	00:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	11:33	16:35	16:49	18:19	05:45	00:15	00:00
13/02 qui	11:53	12:23	12:44	17:57	05:45	00:15	00:00
14/02 sex	11:56	12:27	12:46	18:14	05:45	00:15	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	11:48	15:22	15:36	16:48	04:33	00:15	00:00
18/02 ter	11:45	12:22	12:40	17:56	05:45	00:15	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	11:44	15:44	16:03	18:05	05:45	00:15	00:00
TOTAL: 21 dias, 10 folgas/feriados					85:53	03:45	14:02

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 Fixo (v1): 12:00 ÀS 18:00 - MIRANDÓPOLIS - Início:
 Segunda


 JOSIANE DOS SANTOS
 PEREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

pagina 42 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

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	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	07:34	13:21	21:03	23:22	07:33		07:00	01:00	01:33
22/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga						00:00	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	Folga						00:00	00:00	00:00
29/01 qua	13:28	07:30					07:00	00:00	08:00
30/01 qui	13:33	08:24					07:00	00:00	08:00
31/01 sex	12:48	13:55	16:11				01:07	01:00	00:00
01/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
03/02 seg	07:05	13:40	07:08				06:35	01:00	00:00
04/02 ter	14:47	15:25	16:18	07:12			07:00	00:53	08:00
05/02 qua	13:37	14:27	16:31	07:05			07:00	01:00	08:00
06/02 qui	12:18	13:36	15:15	08:21			07:00	01:00	08:00
07/02 sex	12:01	12:56	15:56				00:55	01:00	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	07:32	12:54	14:02	16:38			07:00	01:00	00:00
11/02 ter	07:02	12:37	13:22	16:32			07:00	00:45	00:00
12/02 qua	06:43	14:17	06:43	12:11	13:30		07:00	01:00	08:00
13/02 qui	15:42	08:17					07:00	00:00	08:00
14/02 sex	11:31	20:50					07:00	00:00	00:00
15/02 sab	07:11	07:10					00:00	00:00	08:00
16/02 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
17/02 seg	13:31	14:12	16:00	07:28	12:01		07:00	01:00	08:00
18/02 ter	13:27	08:27					07:00	00:00	08:00
19/02 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
20/02 qui	12:26	13:19	16:13	07:26	12:00		07:00	01:00	08:00
TOTAL: 17 dias, 14 folgas/feriados							106:37	11:38	89:33

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

Horario Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início:
Segunda

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 18 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Net.
21/01 ter	06:40	12:49	13:50	19:09			11:00	00:00	00:00
22/01 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
25/01 sab	06:54	13:07	14:05	19:06			11:00	00:00	00:00
26/01 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/01 seg	06:45	13:02	14:00	19:07			11:00	00:00	00:00
28/01 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
29/01 qua	06:50	13:06	14:05	19:03			11:00	00:00	00:00
30/01 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
31/01 sex	06:54	13:03	14:02	19:06			11:00	00:00	00:00
01/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
02/02 dom	07:00	13:18	14:16	19:05			11:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
06/02 qui	06:50	13:07	14:04	19:04			11:00	00:00	00:00
07/02 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
08/02 sab	06:51	13:15	14:12	19:06			11:00	00:00	00:00
09/02 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
10/02 seg	06:47	13:15	14:11	19:02			11:00	00:00	00:00
11/02 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
12/02 qua	06:44	12:56	13:54	19:04			11:00	00:00	00:00
13/02 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
14/02 sex	06:48	10:29	11:12	12:56	19:00		05:25	00:00	00:00
15/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
16/02 dom	06:56	11:08	12:05	19:06			11:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
18/02 ter	06:54	12:59	13:56	19:04			11:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
20/02 qui	06:52	13:49	15:15	19:02			10:44	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							148:09	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*Elaine C. Dias Borges*
ELAINE CRISTINA DIAS
BORGESASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **ANA PAULA DOS SANTOS SILVA**
 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	18:55	20:07	21:07	07:00	11:00	00:00	08:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	18:59	20:32	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	18:50	20:41	21:42	07:01	11:00	00:00	08:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	18:52	20:20	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	19:00	20:18	21:19	07:01	11:00	00:00	08:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	18:42	19:58	20:55	07:02	11:00	00:00	08:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	18:53	20:23	21:24	07:01	11:00	00:00	08:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	18:49	20:22	21:15	07:00	11:00	00:00	08:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	18:52	20:12	21:09	07:00	11:00	00:00	08:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	18:51	20:08	20:57	07:00	11:00	00:00	08:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	18:50	20:00	20:56	06:59	11:00	00:00	08:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	06:59	13:00	13:58	19:02	11:00	00:00	00:00
19/02 qua	18:53	20:13	21:07	07:02	11:00	00:00	08:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:00	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 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

18/03/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 5 de 45
Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
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	Folga				00:00	00:00	00:00
23/01 qui	18:47	20:40	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00
24/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/01 sab	18:51	20:22	21:20	07:05	11:00	00:00	08:00
26/01 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	19:10	20:55	21:53	07:00	10:52	00:00	08:00
28/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/01 qua	18:56	20:18	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
30/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/01 sex	18:53	20:31	21:28	07:08	11:00	00:00	08:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/02 ter	18:58	20:35	21:33	07:00	11:00	00:00	08:00
05/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/02 qui	18:49	20:35	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
07/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/02 sab	19:10	20:25	21:21	07:02	10:56	00:00	08:00
09/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/02 seg	18:57	20:41	21:38	07:03	11:00	00:00	08:00
11/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/02 qua	18:57	20:26	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
13/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/02 sex	18:57	20:44	21:41	07:02	11:00	00:00	08:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/02 ter	18:54	20:30	21:26	07:00	11:00	00:00	08:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	18:53	20:46	21:43	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:48	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


ANA PAULA AZEVEDO
ZANATTA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 1 de 45
 Impresso em 09/03/2020 15:17

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	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	18:48	20:25	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	18:51	20:20	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	18:47	20:32	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	18:55	20:24	21:17	07:01	11:00	00:00	08:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	18:53	20:20	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	18:50	20:03	20:50	07:01	11:00	00:00	08:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	18:49	19:58	20:55	07:02	11:00	00:00	08:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	18:50	20:29	21:24	07:01	11:00	00:00	08:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	18:49	20:12	20:52	07:00	11:31	00:00	08:00
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	18:45	20:14	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	18:45	20:00	20:57	06:59	11:00	00:00	08:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	18:49	19:57	20:49	06:57	11:00	00:00	08:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	18:47	20:03	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	18:54	20:13	21:06	07:02	11:00	00:00	08:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:31	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

Alcione Bogaz
 ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/02/2020

página 44 de 45

Impresso em 09/03/2020 15:17

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **VIVIANE LIE YOKOYAMA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
FISIOTERAPEUTA

FISIOTERAPISTA							
Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	05:54	11:11	11:21	12:04	00:00	00:10	00:00
22/01 qua	05:55	11:11	11:21	11:52	00:00	00:10	00:00
23/01 qui	05:51	11:11	11:21	11:52	00:00	00:10	00:00
24/01 sex	05:58	11:11	11:21	12:01	00:00	00:10	00:00
25/01 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/01 seg	05:49	11:11	11:21	12:09	00:00	00:10	00:00
28/01 ter	05:48	11:12	11:21	11:50	00:00	00:09	00:00
29/01 qua	05:53	11:11	11:21	12:07	00:00	00:10	00:00
30/01 qui	05:52	11:11	11:21	11:57	00:00	00:10	00:00
31/01 sex	05:54	11:11	11:21	11:53	00:00	00:10	00:00
01/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	05:56	11:11	11:21	12:06	05:45	00:10	00:00
04/02 ter	05:57	11:11	11:21	11:51	05:45	00:10	00:00
05/02 qua	06:00	11:12	11:27	11:57	05:45	00:15	00:00
06/02 qui	05:57	11:10	11:21	11:53	05:45	00:11	00:00
07/02 sex	05:55	11:11	11:21	12:12	05:45	00:10	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	05:52	11:11	11:21	12:11	05:45	00:10	00:00
12/02 qua	05:59	09:09	09:16	12:56	05:45	00:07	00:00
13/02 qui	05:56	09:01	09:17	12:00	05:45	00:16	00:00
14/02 sex	05:53	09:07	09:20	12:07	05:45	00:13	00:00
15/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	06:01	09:01	09:16	12:01	05:45	00:15	00:00
18/02 ter	05:54	09:17	09:26	11:56	05:45	00:09	00:00
19/02 qua	05:54	09:01	09:16	12:04	05:45	00:15	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 8 folgas/feriados, 11 afastamentos					69:00	03:50	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 Móvel (v1): 07:00 às 13:00 Seg à sext - Mirandópolis
 Início: Segunda

VIVIANE LIE YOKOYAMA

ASS. HOSPITALAR BEN DO

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario JOSE LOPES DE OLIVEIRA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/01 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/01 qua	19:11	20:08	21:08	07:00	10:49	00:00	08:00
23/01 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/01 sex	18:57	20:03	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00
25/01 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/01 dom	18:53	20:32	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
27/01 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/01 ter	18:53	20:25	21:17	07:03	11:00	00:00	08:00
29/01 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/01 qui	18:52	20:20	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
31/01 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/02 sab	19:04	20:03	20:51	07:01	11:00	00:00	08:00
02/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/02 seg	18:49	19:58	20:55	07:02	11:00	00:00	08:00
04/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/02 qua	18:59	20:30	21:28	07:01	11:00	00:00	08:00
06/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/02 sex	18:59	20:09	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
08/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/02 dom	18:52	20:11	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
10/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/02 ter	18:56	20:08	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00
12/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/02 qui	18:49	20:05	20:56	06:57	11:00	00:00	08:00
14/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/02 sab	18:49	19:56	20:49	06:58	11:00	00:00	08:00
16/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/02 seg	18:48	20:04	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
18/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					153:49	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)


 JOSE LOPES DE OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Funcionário CAMILA DONATO INNOCENCIO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
22/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
23/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
24/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
25/01 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
26/01 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
27/01 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
28/01 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
29/01 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
30/01 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
31/01 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
01/02 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
02/02 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
03/02 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
04/02 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
05/02 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
06/02 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
07/02 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
08/02 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
09/02 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
10/02 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
11/02 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
12/02 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
13/02 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
14/02 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
15/02 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
16/02 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
17/02 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
18/02 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
19/02 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
20/02 qui	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

Horario 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 INNOCÊNCIO

ASS. HOSPITALAR BEN DÔ
BRASIL

____/____/____

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	30/03	31/03	01/04	02/04	03/04	04/04	05/04
Diurno 07:00 19:00			Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00			Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	06/04	07/04	08/04	09/04	10/04	11/04	12/04
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Mariana Urazaki 190232	Cesar Lopes 160017
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Mariana Urazaki 190232	Cesar Lopes 160017

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	13/04	14/04	15/04	16/04	17/04	18/04	19/04
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Denis Dourado 121711
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017						
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355						
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Carlos Rocha 112846	Bruna Mello 166864	Denis Dourado 121711

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	20/04	21/04	22/04	23/04	24/04	25/04	26/04
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687		Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017				Cleber Brito 166687		
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355				Bruna Mello 166864		
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Lucas Peron 201072	Cesar Lopes 160017

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	27/04	28/04	29/04	30/04	01/05	02/05	03/05
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687			
Diurno 07:00 13:00	Cesar Lopes 160017						
Diurno 13:00 19:00	Nathalia Barreto 155355						
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687			

Nome	Identificação	Contato
Bruna Mello	166864	44991057454
Carlos Eduardo Mendonça da Rocha	112846	18996053566
Cesar Lopes	160017	19982047600
Cleber Brito	166687	14998815151
Nathalia Barreto	155355	18996915767
Paulo Mesquita Filho	155017	12981420005
Denis Dourado	121711	18997574832
Lucas Peron	201072	34082501030
Mariana Stuchi Urazaki	190232	18997259877

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 04 2020.pdf

Código do documento 12056cc3-4b67-4013-9503-08b1e77b713d



Assinaturas



ERICO MODENUTI
contato@wintermed.com.br
Assinou

Erico Modenuti



PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO
pfmbfilho@hotmail.com
Assinou

P Mesquita



Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou

Cleber Brito



Lucas Antonio Peron
lucasantonioeron@yahoo.com.br
Assinou

Lucas Antonio Peron



Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou

Nathalia Especie Barreto Bergamini



carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou

Carlos Eduardo Mendonça da Rocha



Cesar Augusto Ferreira lopes
cesaraflopes@hotmail.com
Assinou

Cesar Augusto Ferreira lopes



Mariana stuchi urazaki
mariana_stuchi@hotmail.com
Assinou

Mariana stuchi urazaki



Bruna Raisa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou

Bruna Raisa Lopes de Mello



DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO
denisdourado@yahoo.com.br
Assinou

Denis Alexander Nunes Dourado

Eventos do documento

23 Mar 2020, 10:45:54

Documento número 12056cc3-4b67-4013-9503-08b1e77b713d **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-03-23T10:45:54-03:00



23 Mar 2020, 10:50:47

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-03-23T10:50:47-03:00

23 Mar 2020, 10:51:36

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 189.7.83.137 (bd075389.virtua.com.br porta: 32722) - Geolocalização: -22.0068022 -47.8732123 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-03-23T10:51:36-03:00

23 Mar 2020, 13:52:49

LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 189.40.72.205 (205.72.40.189.isp.timbrasil.com.br porta: 33028) - Geolocalização: -21.208505458861968 -50.4306102800516 - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE_ATOM: 2020-03-23T13:52:49-03:00

23 Mar 2020, 14:50:50

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 45.239.206.77 (45.239.206.77 porta: 32006) - Geolocalização: -21.813210693833078 -49.60124334183016 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-03-23T14:50:50-03:00

23 Mar 2020, 16:22:50

NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 138.0.140.159 (138.0.140.159 porta: 56914) - Geolocalização: -21.12499296077234 -51.1031051608864 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-03-23T16:22:50-03:00

23 Mar 2020, 19:24:06

CARLOS EDUARDO MENDONÇA DA ROCHA **Assinou** (Conta 6a869bb9-bf77-4cb5-ab1b-aea9faa05fde) - Email: carlosrocha59@gmail.com - IP: 177.95.133.117 (177-95-133-117.dsl.telesp.net.br porta: 58864) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-03-23T19:24:06-03:00

24 Mar 2020, 10:38:02

DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO **Assinou** (Conta e5014d42-687b-473e-b1df-261abc4844eb) - Email: denisdourado@yahoo.com.br - IP: 187.119.237.20 (ip-187-119-237-20.user.vivozap.com.br porta: 35442) - Documento de identificação informado: 283.288.368-07 - DATE_ATOM: 2020-03-24T10:38:02-03:00

24 Mar 2020, 13:31:06

CESAR AUGUSTO FERREIRA LOPES **Assinou** (Conta 15f901d7-6691-4076-9960-278adf46aa30) - Email: cesaraflopes@hotmail.com - IP: 170.82.67.94 (170.82.67.94 porta: 18072) - Geolocalização: -20.90072995988101 -51.36467594013129 - Documento de identificação informado: 137.028.068-81 - DATE_ATOM: 2020-03-24T13:31:06-03:00

24 Mar 2020, 18:18:35

BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com - IP: 177.220.175.165 (165.175.220.177.rfc6598.dynamic.copelfibra.com.br porta: 32888) - Geolocalização: -22.836553105412925 -51.980817268245566 - Documento de identificação informado:



4 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 26 de março de 2020, 13:44:42



051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2020-03-24T18:18:35-03:00

25 Mar 2020, 16:04:42

MARIANA STUCHI URAZAKI **Assinou** - Email: mariana_stuchi@hotmail.com - IP: 179.80.54.7
(179-80-54-7.user.vivozap.com.br porta: 20364) - Geolocalização: -20.828102932811593 -49.39783220090181 -
Documento de identificação informado: 379.062.718-66 - DATE_ATOM: 2020-03-25T16:04:42-03:00

26 Mar 2020, 13:43:12

PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) -
Email: pfmbfilho@hotmail.com - IP: 164.163.238.59 (164.163.238.59 porta: 48282) - Geolocalização: -21.4180037
-50.0701293 - Documento de identificação informado: 220.571.438-48 - DATE_ATOM: 2020-03-26T13:43:12-03:00

Hash do documento original

(SHA256):60e54465aaa85b6bbcb22efc5aa46b9b59d3ee53aec2eb8acffe1e56e7cf55cb

(SHA512):32e73f9aa178777140ae3a1069d4a73baac9fa0ba95452922e516151b924ac3c4334389aec896e32e27218b6ff6df242d3457c2b6042f132851f9d484662719

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