AHBB
GESTÃO EM SAÚDE

Prestação de Contas

Abril
2020

Mirandópolis

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

G3343010403747201
30/04/2020 11:34:23

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
31/03/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
02/04/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	54.514,40 C	
				02/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.201	8.333,90 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.202	6.507,00 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/04/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.203	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/04/2020		0000	14138	632 Ordem Banc?ria	202.004.030.021.937	355.226,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
06/04/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	290.504,52 D	
				06/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/04/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	42.972	61.923,72 D	
06/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.601	2.797,76 D	0,00 C
				SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO			
07/04/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	35.090,83 C	
				07/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.701	1.002,73 D	
				BANCO SOFISA S/A			
07/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.702	1.186,01 D	
				BANCO SOFISA S/A			
07/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.703	680,00 D	
				BIOMEDICAL			
07/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.704	753,07 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
07/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	40.705	290,95 D	
				AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA			
07/04/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.706	1.700,06 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
07/04/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.707	28.000,00 D	
				077 0001 033433450000127 KATAOKA E PER			
07/04/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.708	1.478,01 D	0,00 C
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
08/04/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	4.000,00 C	
				08/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
08/04/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	40.801	4.000,00 D	0,00 C
				033 3597 005911940000156 FARMACIA R.A.			
13/04/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	27.303,25 C	
				13/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
13/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	41.301	500,00 D	
				BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
13/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	41.302	1.970,00 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
13/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	41.303	2.213,78 D	
				BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA			
13/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	41.304	2.214,67 D	
				LABORATORIO SAO PAULO			
13/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	41.305	2.367,50 D	
				MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS			
13/04/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	41.306	450,00 D	

		MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS				
13/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.307	2.568,75 D		
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
13/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.308	2.568,75 D		
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
13/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.309	146,51 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
13/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.310	300,00 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
13/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.311	2.433,29 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
13/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.312	70,00 D		
		RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA				
13/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	41.313	9.500,00 D	0,00 C	
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP				
20/04/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	16.690,46 C		
		20/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
20/04/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.058.000.059.599	934,00 D		
		20/04 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C				
20/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.001	99,90 D		
		F B BABETO ME				
20/04/2020	0000	13105 375 Impostos	42.002	1.311,17 D		
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
20/04/2020	0000	13105 196 INSS Arrecada??o	42.003	991,85 D		
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 03/2020				
20/04/2020	0000	13105 375 Impostos	42.004	3.256,96 D		
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
20/04/2020	0000	13105 375 Impostos	42.005	10.096,58 D	0,00 C	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
22/04/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	24.819,35 C		
		22/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.201	259,41 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.202	2.884,93 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.203	550,10 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.204	1.187,85 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.205	1.036,99 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.206	559,91 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.207	1.850,75 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.208	1.420,50 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.209	3.600,00 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.210	980,03 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.211	1.369,06 D		
		CIRURGICA FERNANDES COM.DE MAT.CI.E HO				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.212	2.672,73 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.213	898,10 D		
		BANCO SOFISA S/A				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.214	1.202,60 D		
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.215	1.062,00 D		
		HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.216	725,16 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.217	240,30 D		
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				

22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.218	139,20 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.219	819,73 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
22/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.220	1.360,00 D	0,00 C
		BIOMEDICAL			
24/04/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	100.794,90 C	
		24/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
24/04/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	42.401	100.794,90 D	0,00 C
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
27/04/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	4.478,53 C	
		27/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
27/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.701	880,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
27/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.702	1.984,00 D	
		HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
27/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.703	1.062,00 D	
		HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
27/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.704	232,32 D	
		CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA			
27/04/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	42.705	80,21 D	
		BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
27/04/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	42.706	150,00 D	
		104 1354 005968765000133 LISBOA COMERC			
27/04/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	42.707	90,00 D	0,00 C
		104 1354 005968765000133 LISBOA COMERC			
30/04/2020	3062	03062 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	425.521,05 C	
		30/04 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
30/04/2020	0000	00000 999 S A L D O			425.521,05 C

Lançamentos futuros

Data	Lançamento	Documento		Valor
30/04/2020	Tarifas Pendentes	0	R$	283,00 D

Saldo Aprovisionado no Dia	283,00 D
Saldo	425.238,05 C
Juros	0,00
Data de Debito de Juros	30/04/2020
IOF	0,00
Data de Debito de IOF	04/05/2020

Há tarifas pendentes de cobrança. Total em 30/04/2020 R$ 283,00. Sujeito à cobrança quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agência.

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

EMPRESA

Emissão de comprovantes

G3320310430973941
03/05/2020 14:56:02

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090249834439293581658220009582130000833390
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	40.201
DATA DE VENCIMENTO	02/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	02/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	8.333,90
VALOR COBRADO	8.333,90

NR.AUTENTICACAO 2.2BD.555.7BA.C16.CA9

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

RPS Nº 223737 Série B7, emitido em 27/02/2020

20200303u4786693400017 4

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
17340661	28/02/2020 00:32:57	PAGK-4NFX

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 35 R$8.330,00
Tarifa de Gestao de Cobranca R$3,90
Ped.:21991796 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,44
Data de Vencimento: 02/04/2020
VALOR TOTAL: R$8.333,90
```

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 3,90

INSS (R$)	IRRF (R$)	CSLL (R$)	COFINS (R$)	PIS/PASEP (R$)
-	-	-	-	-

Código do Serviço
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares

Valor Total das Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	Crédito (R$)
0,00	3,90	2,00%	0,07	0,00

Município da Prestação do Serviço	Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte
-	-	IBPT

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 223737 Série B7, emitido em 27/02/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/03/2020;

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

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
223737-ND	27/02/2020

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 35 R$8.330,00
Ped.:21991796 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 TOTAL: R$ 8.330,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
223737-ND	R$ 8.330,00	02/04/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 223737 de 27/02/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10428552 **Realizado em:** 25/02/2020

Valor (R$): 8.330,00 **Método Pagamento:**

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: SEDE **Valor dos Benefícios (R$):** 350,00

Data de Crédito: 01/03/2020 **Quantidade de Beneficiários:** 1

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
294.873.608-08	29487360808	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	UTI MIRANDÓPOLIS	20	17,50		R$ 350,00

Unidade de Entrega: SEDE **Valor dos Benefícios (R$):** 7.980,00

Data de Crédito: 01/03/2020 **Quantidade de Beneficiários:** 34

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
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	14	17,50		R$ 245,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO	UTI MIRANDÓPOLIS	1	17,50		R$ 17,50
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	UTI MIRANDÓPOLIS	18	17,50		R$ 315,00
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	16	17,50		R$ 280,00
322.986.678-96	2132	DENISE P. ANCILOTTO LISBOA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 7.980,00

Data de Crédito: 01/03/2020

Quantidade de Beneficiários: 34

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
095.608.758-25	9560875825	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	UTI MIRANDÓPOLIS	1	17,50		R$ 17,50
322.167.988-27	2137	GISLAINE MACHADO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
379.629.418-98	2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	15	17,50		R$ 262,50
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	1	17,50		R$ 17,50
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
389.267.668-29	2146	KELLY CRISTINA RAMOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	22	17,50		R$ 385,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA MAIARA DOS SANTOS	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO DOS	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	UTI MIRANDÓPOLIS	22	17,50		R$ 385,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO DA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE DE	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
298.440.178-66	2155	PRISCILA S. LEITE DE ALMEIDA	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
259.782.788-73	2128	REGINA LEIA PARRO	UTI MIRANDÓPOLIS	15	17,50		R$ 262,50
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	UTI MIRANDÓPOLIS	13	17,50		R$ 227,50
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	22	17,50		R$ 385,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA DE SOUZA	UTI MIRANDÓPOLIS	14	17,50		R$ 245,00

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/03/2020		34	R$ 7.980,00
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/03/2020		1	R$ 350,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	35	R$ 8.330,00

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 8.330,00
TOTAL	R$ 8.330,00

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090249830544293581658220009182130000650700
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	40.202
DATA DE VENCIMENTO	02/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	02/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	6.507,00
VALOR COBRADO	6.507,00

NR.AUTENTICACAO A.D04.2BF.DAA.23E.242

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

RPS Nº 223191 Série B7, emitido em 27/02/2020

20200303u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
17340669	28/02/2020 00:32:59	VUTT-KUZD

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**

Nome/Razão Social: **TICKET SERVIÇOS S.A**

Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070**

Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL**

CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**

Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**

Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **dp@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **----** Nome/Razão Social: **----**

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

```
TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 42 R$6.503,10
Tarifa de Gestao de Cobranca R$3,90
Ped.:21991791 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,44
Data de Vencimento: 02/04/2020
VALOR TOTAL: R$6.507,00
```

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 223191 Série B7, emitido em 27/02/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/03/2020;

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 do Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NOTA DE DÉBITO

Número	223191-ND
Data de Emissão	27/02/2020

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 42 R$6.503,10
Ped.:21991791 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 TOTAL: R$ 6.503,10

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
223191-ND	R$ 6.503,10	02/04/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 223191 de 27/02/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10428039 **Realizado em:** 24/02/2020

Valor (R$): 6.503,10 **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$):** 6.503,10

Data de Crédito: 01/03/2020 **Quantidade de Beneficiários:** 42

Data de Entrega:

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	UTI MIRANDÓPOLIS	R$ 150,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARI	UTI MIRANDÓPOLIS	R$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	UTI MIRANDÓPOLIS	R$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS	UTI MIRANDÓPOLIS	R$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	UTI MIRANDÓPOLIS	R$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	UTI MIRANDÓPOLIS	R$ 150,00
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

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

Edenred Ticket uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 6.503,10

Data de Crédito: 01/03/2020

Quantidade de Beneficiários: 42

Data de Entrega:

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
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

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

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
SEDE	UTI MIRANDÓPOLIS	01/03/2020		42	R$ 6.503,10
			TOTAL BENEFÍCIOS	42	R$ 6.503,10

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 6.503,10
TOTAL	R$ 6.503,10

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Edenred Ticket® uma marca Edenred
Ticket®. Benefícios que multiplicam.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.57
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: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14
VALOR: R$ 39.673,50
DEBITO EM: 02/04/2020

==========

DOCUMENTO: 040203
AUTENTICACAO SISBB: 4.CE7.A71.CA1.8F2.1ED

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

20200401u34298678000114

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
00000066	01/04/2020 16:28:56	1IFY-DLRL

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 03/2020
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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

22/04 1

211

06/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 11:08:20
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	06/04/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	290.504,52

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4

NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211
NR.AUTENTICACAO	1.6A6.83B.615.8E5.3F3

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

J: 45.349.461/0008-89
ulo: Folha Mensal
ıpetência: 03/2020

Emissão: 03/04/2020
Horas: 11:59:57

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.736,80
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.790,01
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	2.836,23
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.477,79
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	71,57
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.699,79
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.474,05
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.610,70
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.711,72
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.477,79
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR/	218.471.208-65	1.681,31
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.479,38
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB(	322.986.678-96	1.699,79
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.699,79
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.429,11
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	1.478,01
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.477,79
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SAN	379.629.418-98	1.337,44
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	43,00
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.699,79
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.477,79
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.878,78
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERI	427.001.668-09	1.477,79
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.662,79
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.477,79
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.336,40
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.477,79
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	2.624,41
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.718,29
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.477,79
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEII	298.440.178-66	2.524,92
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.510,92
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.614,10
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.700,06
2159	SONIA MARIA RIZZO	101.480.718-21	1.477,79
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	4.274,72
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.477,80

Empregados: 37 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 65.101,79

MIRANDOPOLIS, 03/04/2020 Responsável: _____

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

ɔj: 45.349.461/0008-89
:ulo: Folha Mensal
npetência: 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

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

pregados

EXTRATO MENSAL

)r.: 2329 ALCIONE BOGAZ — Situação: Trabalhando — CPF: 328.629.558-25 — PIS: 128.78920.15-7
)o: 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	29,00	1.351,12 P	998	I.N.S.S.	8,17	154,53 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62 P				

1 Proventos: 1.891,33 Descontos: 154,53 Informativa: 151,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.736,80
1 Base INSS: 1.891,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.891,33 Valor FGTS: 151,30 Base IRRF: 1.547,21
nça período igual ou inferior a 15 dias: 04/03/2020 a 04/03/2020

)r.: 2478 ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS — Situação: Trabalhando — CPF: 272.138.738-30 — PIS: 125.20024.54-4
)o: 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	28,00	2.378,52 P	998	I.N.S.S.	9,49	296,99 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	2,00	169,89 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	41,09 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	13,93 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	370,68 P				

2 Proventos: 3.128,09 Descontos: 338,08 Informativa: 250,24 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.790,01
1 Base INSS: 3.128,09 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.128,09 Valor FGTS: 250,24 Base IRRF: 2.451,92
nça período igual ou inferior a 15 dias: 29/02/2020 a 02/03/2020

)r.: 2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN — Situação: Trabalhando — CPF: 295.556.788-47 — PIS: 133.59258.89-3
)o: 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.	9,63	311,20 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	83,10 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,11	473,12 P				

0 Proventos: 3.230,53 Descontos: 394,30 Informativa: 258,44 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.836,23
0 Base INSS: 3.230,53 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.230,53 Valor FGTS: 258,44 Base IRRF: 2.919,33

)r.: 2122 ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 214.220.888-63 — PIS: 180.90148.36-6
)o: 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.	8,02	128,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

2 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
2 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,61

)r.: 2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA — Situação: Férias — CPF: 214.801.238-03 — PIS: 125.41159.51-1
)o: 71 TEC. ENFERMAGEM — Vínculo: Celetista — Adm: 04/10/2017 — CTPS/Série: 64885/00154
900 — Depto: 600 — Filial: 1 — Salário: 1.397,71

805	MEDIA VALOR FERIAS	14,00	14,00 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.172,78 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	182,87	182,87 P	812	INSS FERIAS	8,74	210,20 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	3,66 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	601,19 P	998	I.N.S.S.	7,50	6,09 D
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P	942	IRRF FERIAS	7,50	21,79 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32 P				

0 Proventos: 2.486,09 Descontos: 2.414,52 Informativa: 198,88 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 71,57
0 Base INSS: 2.486,09 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.486,09 Valor FGTS: 198,88 Base IRRF: 71,57
IAS DE 01/03/2020 - 30/03/2020

Empregados

EXTRATO MENSAL

Matr.: 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
900 | Depto: 600 | Filial: 1 | Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

3 Proventos: 1.850,67 Descontos: 150,88 Informativa: 148,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.699,79
0 Base INSS: 1.850,67 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.850,67 Valor FGTS: 148,05 Base IRRF: 1.131,02

Matr.: 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
900 | Depto: 600 | Filial: 1 | Salário: 2.548,41

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,16	252,51 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	30,85 D

1 Proventos: 2.757,41 Descontos: 283,36 Informativa: 220,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.474,05
1 Base INSS: 2.757,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.757,41 Valor FGTS: 220,59 Base IRRF: 2.315,31

Matr.: 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
900 | Depto: 600 | Filial: 1 | Salário: 2.548,41

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,34	274,75 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	57,30 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34 P				

0 Proventos: 2.942,75 Descontos: 332,05 Informativa: 235,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.610,70
0 Base INSS: 2.942,75 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.942,75 Valor FGTS: 235,42 Base IRRF: 2.668,00

Matr.: 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
900 | Depto: 600 | Filial: 1 | Salário: 2.548,41

8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.757,41 D
8013	INSALUB 20% DOENCA	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
Licença período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2020

Matr.: 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
900 | Depto: 600 | Filial: 1 | Salário: 1.397,71

8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,05 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: 152,05 Informativa: 149,10 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.711,72
1 Base INSS: 1.863,77 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.863,77 Valor FGTS: 149,10 Base IRRF: 1.522,13
Licença maternidade: 14/01/2020 a 12/05/2020

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

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D	
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 P					

1	Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,79
0	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.288,20

Licença maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998	I.N.S.S.	8,14	149,05 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,64 P					

0	Proventos:	1.830,36	Descontos:	149,05	Informativa:	146,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.681,31
0	Base INSS:	1.830,36	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.830,36	Valor FGTS:	146,42	Base IRRF:	1.681,31

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	8,03	129,08 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	207,97 P					

0	Proventos:	1.608,46	Descontos:	129,08	Informativa:	128,67	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.479,38
0	Base INSS:	1.608,46	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.608,46	Valor FGTS:	128,67	Base IRRF:	1.479,38

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P					

2	Proventos:	1.850,67	Descontos:	150,88	Informativa:	148,05	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.699,79
1	Base INSS:	1.850,67	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.850,67	Valor FGTS:	148,05	Base IRRF:	1.320,61

Matr.: 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
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P					

0	Proventos:	1.850,67	Descontos:	150,88	Informativa:	148,05	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.699,79
0	Base INSS:	1.850,67	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.850,67	Valor FGTS:	148,05	Base IRRF:	1.699,79

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

PJ: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
mpetência: 03/2020

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

pregados

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS		0,00	64,93 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P	812	INSS FERIAS		9,00	6,43 D
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,01	0,01 P	998	I.N.S.S.		7,99	124,10 D
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,04	0,04 P					
807	VANTAGENS FERIAS	6,93	6,93 P					
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	17,84 P					
8783	DIAS FERIAS	1,00	46,59 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07 P					
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P					

1 Proventos: 1.624,57 Descontos: 195,46 Informativa: 129,96 Informativa Dedutora: 0,01 Líquido: 1.429,11
1 Base INSS: 1.624,57 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.624,57 Valor FGTS: 129,95 Base IRRF: 1.239,47
nça período igual ou inferior a 15 dias: 14/03/2020 a 14/03/2020
IAS DE 01/02/2020 - 01/03/2020

---

r.: 2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES — Situação: Férias — CPF: 095.608.758-25 — PIS: 126.22542.14-5
go: 71 TEC. ENFERMAGEM — Vínculo: Celetista — Adm: 04/10/2017 — CTPS/Série: 040637/00115
900 — Depto: 600 — Filial: 1 — Salário: 1.397,71

805	MEDIA VALOR FERIAS	16,33	16,33 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS		0,00	1.998,51 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	13,44	13,44 P	812	INSS FERIAS		8,41	183,46 D
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P					
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	545,49 P					
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71 P					

0 Proventos: 2.181,97 Descontos: 2.181,97 Informativa: 174,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
0 Base INSS: 2.181,97 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.181,97 Valor FGTS: 174,55 Base IRRF: 0,00
IAS DE 01/03/2020 - 30/03/2020

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	998	I.N.S.S.		8,02	128,94 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					

1 Proventos: 1.606,95 Descontos: 128,94 Informativa: 128,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.478,01
1 Base INSS: 1.606,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,95 Valor FGTS: 128,55 Base IRRF: 1.288,42

---

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

8781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53 P	998	I.N.S.S.		8,02	128,92 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA 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					

2 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,61
nça período igual ou inferior a 15 dias: 01/03/2020 a 01/03/2020
nça período igual ou inferior a 15 dias: 03/03/2020 a 03/03/2020

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

>J: 45.349.461/0008-89
:ulo: Folha Mensal
npetência: 03/2020

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

pregados

EXTRATO MENSAL

or.: 2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA — Situação: Trabalhando — CPF: 389.267.668-29 — PIS: 164.11866.81-4
go: 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.		8,02	128,92 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					

0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

---

or.: 2771 LAIS MARANI SILVA — Situação: Trabalhando — CPF: 354.059.608-96 — PIS: 129.46882.17-0
go: 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	18,00	1.529,05 P	998	I.N.S.S.		9,67	314,97 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	12,00	1.019,36 P	999	IMPOSTO DE RENDA		7,50	63,66 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40 P					
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	83,60 P					
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P					

1 Proventos: 3.257,41 Descontos: 378,63 Informativa: 260,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.878,78
1 Base INSS: 3.257,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.257,41 Valor FGTS: 260,59 Base IRRF: 2.752,85
nça período igual ou inferior a 15 dias: 02/03/2020 a 02/03/2020
nça período igual ou inferior a 15 dias: 13/03/2020 a 13/03/2020
nça período igual ou inferior a 15 dias: 19/03/2020 a 28/03/2020

---

or.: 2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ — Situação: Trabalhando — CPF: 427.001.668-09 — PIS: 204.92505.78-5
go: 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	26,00	1.211,35 P	998	I.N.S.S.		8,02	128,92 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	4,00	186,36 P					
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	181,13 P					
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	27,87 P					

0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79
nça período igual ou inferior a 15 dias: 02/03/2020 a 02/03/2020
nça período igual ou inferior a 15 dias: 03/03/2020 a 05/03/2020

---

or.: 2148 LUCAS CARVALHO DOS SANTOS — Situação: Trabalhando — CPF: 400.061.728-14 — PIS: 163.67215.87-6
go: 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.		8,13	147,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30 P					

0 Proventos: 1.810,01 Descontos: 147,22 Informativa: 144,80 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.662,79
0 Base INSS: 1.810,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.810,01 Valor FGTS: 144,80 Base IRRF: 1.662,79

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

PJ: 45.349.461/0008-89
Título: Folha Mensal
Competência: 03/2020

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	7,92	115,04 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	51,99 P				

0 Proventos: 1.452,48 Descontos: 115,04 Informativa: 116,19 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.337,44
0 Base INSS: 1.452,48 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.452,48 Valor FGTS: 116,19 Base IRRF: 1.337,44

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

8781	DIAS NORMAIS	1,00	39,72 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.698,64 D
805	MEDIA VALOR FERIAS	16,92	16,92 P	812	INSS FERIAS	8,18	151,32 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	16,75	16,75 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	0,19 D
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03 P	998	I.N.S.S.	7,50	3,50 D
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	462,49 P				
8783	DIAS FERIAS	29,00	1.151,77 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97 P				

0 Proventos: 1.896,65 Descontos: 1.853,65 Informativa: 151,73 Informativa Dedutora: 0,01 Líquido: 43,00
0 Base INSS: 1.896,65 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.896,65 Valor FGTS: 151,72 Base IRRF: 43,00
FÉRIAS DE 03/03/2020 - 01/04/2020

Matr.: 2139 JOSE LOPES DE OLIVEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 061.725.928-31 — PIS: 122.35412.21-3
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM — Vínculo: Celetista — Adm: 04/10/2017 — CTPS/Série: 40474/00048
900 — Depto: 600 — Filial: 1 — Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

2 Proventos: 1.850,67 Descontos: 150,88 Informativa: 148,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.699,79
1 Base INSS: 1.850,67 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.850,67 Valor FGTS: 148,05 Base IRRF: 1.320,61

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

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	8,00	679,58 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	4.140,77 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	2,00	424,74 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,50	76,51 D
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	9,15 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	35,15 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	81,51 D
29	FERIAS PROPORCIONAIS	9,00	1.911,31 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	9,00	65,75 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	9,00	156,75 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	711,27 P				
22	AVISO PREVIO	3,00	254,84 P				
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	3,00	9,09 P				
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	3,00	20,90 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73 P				

0 Proventos: 4.333,94 Descontos: 4.333,94 Informativa: 2112,61 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
0 Base INSS: 1.488,86 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.488,86 Valor FGTS: 2.112,61 Base IRRF: 1.092,37
DEMITIDO EM 08/03/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

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

PJ: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
mpetência: 03/2020

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

pregados

EXTRATO MENSAL

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

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	8,00	679,58 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	6.821,83 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	2,00	424,74 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,79	101,26 D
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	11,63 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	35,34 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	73,05 D
28	FERIAS VENCIDAS	1,00	2.548,41 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	5,00	1.061,84 P				
64	1/3 FERIAS RESCISAO	33,33	924,15 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	5,00	24,32 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	5,00	87,08 P				
818	MEDIA HR FERIAS VENCIDAS	1,00	15,04 P				
820	VANTAGEM FERIAS VENCIDAS	1,00	209,00 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	391,08 P				
22	AVISO PREVIO	6,00	509,68 P				
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	6,00	5,23 P				
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	6,00	41,80 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	1,08	7,34 P				

0 Proventos: 7.031,48 Descontos: 7.031,48 Informativa: 2999,02 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
0 Base INSS: 1.770,56 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.770,56 Valor FGTS: 2.999,02 Base IRRF: 1.077,25
ITIDO EM 08/03/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	998	I.N.S.S.	7,92	114,93 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

0 Proventos: 1.451,33 Descontos: 114,93 Informativa: 116,10 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.336,40
0 Base INSS: 1.451,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.451,33 Valor FGTS: 116,10 Base IRRF: 1.336,40

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	8,00	679,58 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	6.994,05 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	2,00	424,74 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,81	103,19 D
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	8,61 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	35,11 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	75,09 D
28	FERIAS VENCIDAS	1,00	2.548,41 P				
29	FERIAS PROPORCIONAIS	5,00	1.061,84 P				
64	1/3 FERIAS RESCISAO	33,33	962,71 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	5,00	26,75 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	5,00	87,08 P				
818	MEDIA HR FERIAS VENCIDAS	1,00	130,71 P				
820	VANTAGEM FERIAS VENCIDAS	1,00	209,00 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	391,89 P				
22	AVISO PREVIO	6,00	509,68 P				
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	6,00	19,81 P				
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	6,00	41,80 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	2,10	14,27 P				

0 Proventos: 7.207,44 Descontos: 7.207,44 Informativa: 3020,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
0 Base INSS: 1.789,05 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.789,05 Valor FGTS: 3.020,53 Base IRRF: 1.079,46
DEMITIDO EM 08/03/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

Matr.: 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
900 — Depto: 600 — Filial: 1 — Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

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

8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,35	276,77 D
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	202,18 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	58,41 D
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 P				

0 Proventos: 2.959,59 Descontos: 335,18 Informativa: 236,76 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.624,41
0 Base INSS: 2.959,59 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.959,59 Valor FGTS: 236,76 Base IRRF: 2.682,82
Licença maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,71 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

0 Proventos: 1.871,00 Descontos: 152,71 Informativa: 149,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.718,29
0 Base INSS: 1.871,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,00 Valor FGTS: 149,68 Base IRRF: 1.718,29

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Matr.: 2164 PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA Situação: Trabalhando CPF: 305.075.078-27 PIS: 236.45761.69-8
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 59107/00240
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					

1	Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.477,79
1	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.288,20

Matr.: 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA Situação: Trabalhando CPF: 298.440.178-66 PIS: 127.24425.16-4
Cargo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 48657/00240
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,24	262,11 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	50,35 D	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	17,26	79,97 P					

0	Proventos:	2.837,38	Descontos:	312,46	Informativa:	226,99	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.524,92
0	Base INSS:	2.837,38	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.837,38	Valor FGTS:	226,99	Base IRRF:	2.575,27

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	8,05	132,20 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	242,63 P					

1	Proventos:	1.643,12	Descontos:	132,20	Informativa:	131,44	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.510,92
1	Base INSS:	1.643,12	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.643,12	Valor FGTS:	131,44	Base IRRF:	1.321,33

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

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	74,68 D	
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,01	0,01 P	812	INSS FERIAS	9,00	7,48 D	
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,04	0,04 P	998	I.N.S.S.	8,11	142,40 D	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,51	0,51 P	942	IRRF FERIAS	7,50	0,91 D	
806	MEDIA HORAS FERIAS	8,27	8,27 P					
807	VANTAGENS FERIAS	6,93	6,93 P					
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	20,77 P					
8783	DIAS FERIAS	1,00	46,59 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30 P					

0	Proventos:	1.839,57	Descontos:	225,47	Informativa:	147,17	Informativa Dedutora:	0,01	Líquido:	1.614,10
0	Base INSS:	1.839,57	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.839,57	Valor FGTS:	147,16	Base IRRF:	1.614,05

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

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,90 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	244,01 P					

0	Proventos:	1.850,96	Descontos:	150,90	Informativa:	148,07	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.700,06
0	Base INSS:	1.850,96	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.850,96	Valor FGTS:	148,07	Base IRRF:	1.700,06

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

PJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 03/2020

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

Empregados

EXTRATO MENSAL

Matr.: 2159 SONIA MARIA RIZZO
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM
900

Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600

CPF: 101.480.718-21
Adm: 04/10/2017
Filial: 1

PIS: 120.98824.43-4
CTPS/Série: 11282/00048
Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					

0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

Matr.: 33 THAIS BOARETO DA SILVA
Cargo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA
900

Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600

CPF: 329.168.118-50
Adm: 15/09/2014
Filial: 1

PIS: 134.51447.81-8
CTPS/Série: 22778/315
Salário: 2.886,86

294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	998	I.N.S.S.	10,95	505,73 D	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	22,50	289,59 D	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	450,00	450,00 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: 5.070,04 Descontos: 795,32 Informativa: 369,60 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.274,72
0 Base INSS: 4.620,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.620,04 Valor FGTS: 369,60 Base IRRF: 4.114,31

Matr.: 2799 VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM
900

Situação: Trabalhando
Vínculo: Celetista
Depto: 600

CPF: 298.834.288-12
Adm: 11/06/2019
Filial: 1

PIS: 190.08698.55-5
CTPS/Série: 67332/00240
Salário: 1.397,72

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					

2 Proventos: 1.606,72 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,80
1 Base INSS: 1.606,72 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,72 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,62

Matr.: 2140 VIVIANE LIE YOKOYAMA
Cargo: 11 FISIOTERAPEUTA
900

Situação: Demitido
Vínculo: Celetista
Depto: 600

CPF: 259.873.048-81
Adm: 04/10/2017
Filial: 1

PIS: 125.93226.14-7
CTPS/Série: 81158/00154
Salário: 2.548,41

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	8,00	679,58 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	3.592,83 D	
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	2,00	424,74 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,99	123,74 D	
8552	MEDIA VALOR 13o RESCISAO	2,00	50,00 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	38,21 D	
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	113,62 D	
29	FERIAS PROPORCIONAIS	5,00	1.061,84 P					
816	MEDIA VL FER PROPORCIONAL	5,00	208,33 P					
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	5,00	87,08 P					
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	452,42 P					
22	AVISO PREVIO	6,00	509,68 P					
8144	MEDIA VALOR AVISO PREVIO	6,00	100,00 P					
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	6,00	2,37 P					
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	6,00	41,80 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73 P					
27	ADICIONAL RT	600,00	160,00 P					

1 Proventos: 3.868,40 Descontos: 3.868,40 Informativa: 3636,19 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
1 Base INSS: 2.058,73 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.058,73 Valor FGTS: 3.636,19 Base IRRF: 1.053,34
DEMITIDO EM 08/03/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

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

ɔj: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
npetência: 03/2020

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

pregados

EXTRATO MENSAL

ɔr.: 2421 WILLIAN SOUZA SALADINI
go: 11 FISIOTERAPEUTA
900

Situação: Demitido
Vínculo: Celetista
Depto: 600

CPF: 408.930.248-05
Adm: 02/05/2018
Filial: 1

PIS: 158.61320.19-9
CTPS/Série: 030224/00370
Salário: 2.548,41

9180	SALDO DE SALARIO DIAS	8,00	679,58 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	4.730,53 D
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	2,00	424,74 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	7,57	83,10 D
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	2,00	34,87 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	7,50	37,08 D
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	2,00	34,83 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	15,00	101,84 D
29	FERIAS PROPORCIONAIS	10,00	2.123,68 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	10,00	222,50 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	10,00	174,17 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	33,33	840,12 P				
22	AVISO PREVIO	3,00	254,84 P				
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	3,00	28,55 P				
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	3,00	20,90 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	55,73 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,54	58,04 P				

0 Proventos: 4.952,55 Descontos: 4.952,55 Informativa: 2432,34 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
0 Base INSS: 1.592,08 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.592,08 Valor FGTS: 2.432,34 Base IRRF: 1.167,61
1ITTIDO EM 08/03/2020 - MOTIVO 2-Demitido SEM justa causa

Total Geral Proventos: 108.712,83
Total Geral Descontos: 43.611,04
Líquido Geral: 65.101,79

sumo por Rubrica

16	INSALUBRIDADE 20%	760,00	6.806,42 P	51	LIQUIDO RESCISAO	0,00	26.280,01 D
22	AVISO PREVIO	24,00	2.038,72 P	812	INSS FERIAS	43,33	558,89 D
27	ADICIONAL RT	2.161,58	1.721,58 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	3,85 D
28	FERIAS VENCIDAS	2,00	5.096,82 P	826	INSS SOBRE RESCISAO	38,66	487,80 D
29	FERIAS PROPORCIONAIS	34,00	7.220,51 P	828	IRRF SOBRE RESCISAO	75,00	445,11 D
64	1/3 FERIAS RESCISAO	66,66	1.886,86 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	6.009,54 D
242	REEMBOLSO DESP PAGO	450,00	450,00 P	942	IRRF FERIAS	15,00	22,70 D
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	989	INSS 13 SAL.RESCISAO	37,50	180,89 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	1.459,09	4.171,67 P	998	I.N.S.S.	309,58	6.190,49 D
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	999	IMPOSTO DE RENDA	82,50	674,35 D
805	MEDIA VALOR FERIAS	47,76	47,76 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.757,41 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	221,33	221,33 P				
807	VANTAGENS FERIAS	633,89	633,89 P				
815	MEDIA HR FER PROPORCIONAL	29,00	339,32 P				
816	MEDIA VL FER PROPORCIONAL	5,00	208,33 P				
817	VANTAGEM FER PROPORCIONAL	34,00	592,16 P				
818	MEDIA HR FERIAS VENCIDAS	2,00	145,75 P				
820	VANTAGEM FERIAS VENCIDAS	2,00	418,00 P				
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	459,24 P				
931	1/3 DAS FERIAS	166,65	1.647,78 P				
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	60,00	627,00 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00 P				
8112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,02	0,02 P				
8144	MEDIA VALOR AVISO PREVIO	6,00	100,00 P				
8145	MEDIA HORAS AVISO PREVIO	24,00	65,05 P				
8146	VANTAGENS AVISO PREVIO	24,00	167,20 P				
8169	1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI	166,65	2.786,78 P				
8192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,08	0,08 P				
8550	13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1	10,00	2.123,70 P				
8551	MEDIA HORAS 13o RESCISAO	8,00	64,26 P				
8552	MEDIA VALOR 13o RESCISAO	2,00	50,00 P				
8553	VANTAGENS 13o RESCISAO	10,00	174,15 P				
8781	DIAS NORMAIS	937,00	50.731,10 P				
8783	DIAS FERIAS	91,00	4.040,37 P				
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	90,00	5.343,83 P				
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P				
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	22,00	1.561,97 P				
9180	SALDO DE SALARIO DIAS	40,00	3.397,90 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	120,00	153,27 P				

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

ɔJ: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
npetência: 03/2020

Emissão: 07/04/2020
Horas: 10:01:51

pregados

EXTRATO MENSAL

Líquido Geral: 65.101,79

Situações

nero de empregados:	44
nero de estagiários:	0
oalhando:	33
stado direitos integrais:	0
stado acidente de trabalho:	0
stado serviço militar:	0
rio maternidade:	3
rio maternidade INSS:	0
nça:	1
nça Profissional:	0
nça sem vencimento:	0
nitido:	5
nsferido:	0
as:	2
idato sindical:	0
sentadoria:	0
ic. curso/programa de qualificação:	0
ência justificada:	0
os motivos de afastamento:	0
nissões:	0
nero de contribuintes:	0

Salário contribuição empregados:	86.810,89
Salário contribuição contribuintes:	0,00
Excedente:	0,00
Base total:	86.810,89
Segurados:	7.421,92
Empresa:	0,00
RAT:	0,00
Contribuintes:	0,00
Sub-Total:	7.421,92
Retenções:	0,00
(-) Salário família/maternidade:	6.430,07
Compensações:	0,00
Valores pagos a Cooperativas:	0,00
Outras Compensações:	0,00
Total:	991,85
Terceiros:	0,00
Total INSS:	991,85

Base IRRF Mensal:	64.204,28
Valor IRRF Mensal:	1.119,46
Base IRRF Férias:	6.026,02
Valor IRRF Férias:	22,70
Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Base IRRF Exterior:	0,00
Valor IRRF Exterior:	0,00
Base IRRF 13º Salário:	2.041,63
Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Valor Total do IRRF:	1.142,16
IRRF Aluguéis:	0,00
IRRF contribuintes:	0,00
Base do FGTS:	78.111,61
Valor do FGTS:	6.248,71
Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Base FGTS - GRRF:	8.699,28
FGTS - GRRF:	14.200,69
Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Base PIS:	0,00
Valor PIS:	0,00
Base ISS:	0,00
Valor ISS:	0,00

Líquido Geral: 65.101,79

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.736,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 trinta e seis reais e oitenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2329	ALCIONE BOGAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 16/01/2018

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.891,33	154,53
Valor Líquido ⇨	1.736,80

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.547,21	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2329	ALCIONE BOGAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 16/01/2018

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.891,33	154,53
Valor Líquido ⇨	1.736,80

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.547,21	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 2.790,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 noventa 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	20/10/2018	

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	370,68	
998	I.N.S.S.	9,49		296,99
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		41,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.128,09	338,08
Valor Líquido ⇨		2.790,01

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 198732-1 Agência: 0178 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.128,09	3.128,09	250,24	2.451,92	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:	20/10/2018	

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	370,68	
998	I.N.S.S.	9,49		296,99
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		41,09

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.128,09	338,08
Valor Líquido ⇨		2.790,01

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 198732-1 Agência: 0178 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.128,09	3.128,09	250,24	2.451,92	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 2.836,23 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e oitocentos e trinta e seis 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	2.378,52	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	169,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,93	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,11	473,12	
998	I.N.S.S.	9,63		311,20
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		83,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.230,53	394,30
Valor Líquido ⇨	2.836,23

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.230,53	3.230,53	258,44	2.919,33	15,00

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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	2.378,52	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	2,00	169,89	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	13,93	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	102,11	473,12	
998	I.N.S.S.	9,63		311,20
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		83,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.230,53	394,30
Valor Líquido ⇨	2.836,23

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19432-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.230,53	3.230,53	258,44	2.919,33	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

___/___/___
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março 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.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61	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
Mensalista

Folha Mensal
Março 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.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 71,57 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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.

(Setenta e um reais e cinqüenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Março 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
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,00	14,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	182,87	182,87	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	601,19	
3783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.172,78
812	INSS FERIAS	8,74		210,20
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,66
998	I.N.S.S.	7,50		6,09
942	IRRF FERIAS	7,50		21,79

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.486,09	2.414,52
Valor Liquido ⇨	71,57

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.486,09	2.486,09	198,88	71,57	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
Mensalista

Folha Mensal
Março 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
805	MEDIA VALOR FERIAS	14,00	14,00	
806	MEDIA HORAS FERIAS	182,87	182,87	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	601,19	
3783	DIAS FERIAS	30,00	1.397,71	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		2.172,78
812	INSS FERIAS	8,74		210,20
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,66
998	I.N.S.S.	7,50		6,09
942	IRRF FERIAS	7,50		21,79

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.486,09	2.414,52
Valor Liquido ⇨	71,57

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19476-x Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	2.486,09	2.486,09	198,88	71,57	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.699,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 noventa e nove reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

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

ódigo	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.	8,15		150,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.850,67	150,88
Valor Líquido ⇨		1.699,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.131,02	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

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

ódigo	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.	8,15		150,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.850,67	150,88
Valor Líquido ⇨		1.699,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 20148-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.131,02	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 2.474,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		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.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,85

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	283,36
ANCO DO BRASIL 1 / onta: 111247-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	2.474,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.315,31	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 Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2336	BIANCA CAETANO COSTA	223505	600	1
	ENFERMEIRO (A)	Admissão:		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.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,85

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	283,36
ANCO DO BRASIL 1 / onta: 111247-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	2.474,05

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.315,31	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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 2.610,70 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e seiscentos e dez reais e setenta centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34	
998	I.N.S.S.	9,34		274,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,30

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.942,75	332,05
Valor Líquido ⇨	2.610,70

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.942,75	2.942,75	235,42	2.668,00	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34	
998	I.N.S.S.	9,34		274,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,30

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.942,75	332,05
Valor Líquido ⇨	2.610,70

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 88948-2 Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.942,75	2.942,75	235,42	2.668,00	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.711,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e onze reais e setenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,16		152,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.863,77	152,05
Valor Líquido ⇨	1.711,72

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.863,77	1.863,77	149,10	1.522,13	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,16		152,05

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.863,77	152,05
Valor Líquido ⇨	1.711,72

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.863,77	1.863,77	149,10	1.522,13	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a CRISTIANE PASCOALETO VEND, na conta 20.619, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨		1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta: 20619-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	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 Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	1.397,71	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨		1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta: 20619-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	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

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.681,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 um reais e trinta e um centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,64	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.830,36	149,05
ANCO DO BRASIL 1 / onta: 20671-7 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.681,31

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.830,36	1.830,36	146,42	1.681,31	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 | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,64	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.830,36	149,05
ANCO DO BRASIL 1 / onta: 20671-7 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.681,31

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.830,36	1.830,36	146,42	1.681,31	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.479,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e nove reais e trinta 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	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%	96,00	207,97	
998	I.N.S.S.	8,03		129,08

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.608,46	129,08
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.479,38

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.608,46	1.608,46	128,67	1.479,38	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	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%	96,00	207,97	
998	I.N.S.S.	8,03		129,08

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.608,46	129,08
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.479,38

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.608,46	1.608,46	128,67	1.479,38	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.699,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e nove reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.850,67	150,88
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.699,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.320,61	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 | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOI	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.850,67	150,88
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.699,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.320,61	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.699,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 noventa e nove reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA 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%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.850,67	150,88
Valor Líquido ⇨	1.699,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.699,79	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA 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%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.850,67	150,88
Valor Líquido ⇨	1.699,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.699,79	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.429,11 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILENE MANOEL, na conta 19.434, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e vinte e nove 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,01	0,01	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,04	0,04	
807	VANTAGENS FERIAS	6,93	6,93	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	17,84	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		64,93
812	INSS FERIAS	9,00		6,43
998	I.N.S.S.	7,99		124,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.624,57	195,46
Valor Líquido ⇨	1.429,11

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.624,57	1.624,57	129,95	1.233,20	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 | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,01	0,01	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,04	0,04	
807	VANTAGENS FERIAS	6,93	6,93	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	17,84	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	195,07	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		64,93
812	INSS FERIAS	9,00		6,43
998	I.N.S.S.	7,99		124,10

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.624,57	195,46
Valor Líquido ⇨	1.429,11

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19434-4 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.624,57	1.624,57	129,95	1.233,20	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

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA 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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61	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 | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	28,00	1.304,53	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA 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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61	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

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.337,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 trinta e sete reais e quarenta e quatro centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3,781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	51,99	
998	I.N.S.S.	7,92		115,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.452,48	115,04
Valor Líquido ⇨	1.337,44

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.452,48	1.452,48	116,19	1.337,44	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS 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%	24,00	51,99	
998	I.N.S.S.	7,92		115,04

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.452,48	115,04
Valor Líquido ⇨	1.337,44

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.452,48	1.452,48	116,19	1.337,44	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

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 43,00 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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.

(Quarenta e três reais)

* 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	39,72	
805	MEDIA VALOR FERIAS	16,92	16,92	
806	MEDIA HORAS FERIAS	16,75	16,75	
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	462,49	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.151,77	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.698,64
812	INSS FERIAS	8,18		151,32
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,19
998	I.N.S.S.	7,50		3,50

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.896,65	1.853,65
Valor Líquido ⇨	43,00

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.896,65	1.896,65	151,72	43,00	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 | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	39,72	
805	MEDIA VALOR FERIAS	16,92	16,92	
806	MEDIA HORAS FERIAS	16,75	16,75	
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	462,49	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.151,77	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.698,64
812	INSS FERIAS	8,18		151,32
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,19
998	I.N.S.S.	7,50		3,50

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.896,65	1.853,65
Valor Líquido ⇨	43,00

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.896,65	1.896,65	151,72	43,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.
Assinatura do Funcionário
Data

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

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.699,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e nove reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.850,67	150,88
Valor Líquido ⇨	1.699,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.320,61	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 | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.850,67	150,88
Valor Líquido ⇨	1.699,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.320,61	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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA 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.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA 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.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 2.878,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 setenta e oito reais e setenta e oito centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	18,00	1.529,05	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	12,00	1.019,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	83,60	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,66

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.257,41	378,63
Valor Líquido ⇨	2.878,78

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.752,85	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	18,00	1.529,05	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	12,00	1.019,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	83,60	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,66

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.257,41	378,63
Valor Líquido ⇨	2.878,78

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.752,85	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 010/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LETICIA MAIARA DOS SANTOS, na conta 19.003, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	26,00	1.211,35	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	4,00	186,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	181,13	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	27,87	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	26,00	1.211,35	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	4,00	186,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	181,13	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	27,87	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.662,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e sessenta e dois reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 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%	80,00	203,30	
998	I.N.S.S.	8,13		147,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.810,01	147,22
Valor Líquido ⇨	1.662,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.810,01	1.810,01	144,80	1.662,79	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 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%	80,00	203,30	
998	I.N.S.S.	8,13		147,22

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.810,01	147,22
Valor Líquido ⇨	1.662,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.810,01	1.810,01	144,80	1.662,79	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO, na conta 19.415, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨		1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨		1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.336,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 seis 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	7,92		114,93

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.451,33	114,93
Valor Líquido ⇨	1.336,40

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	7,92		114,93

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.451,33	114,93
Valor Líquido ⇨	1.336,40

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 16147-0 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 / onta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5	Valor Líquido ⇨	1.477,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	Admissão:		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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 / onta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5	Valor Líquido ⇨	1.477,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

Convênio nº 010/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 2.624,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e seiscentos e vinte e quatro reais e quarenta 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	202,18	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,35		276,77
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		58,41

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.959,59	335,18
Valor Líquido ⇨	2.624,41

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.959,59	2.959,59	236,76	2.682,82	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	202,18	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,35		276,77
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		58,41

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.959,59	335,18
Valor Líquido ⇨	2.624,41

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19553-7 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.959,59	2.959,59	236,76	2.682,82	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 dezoito reais e vinte 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 03/05/2020 15:12:07

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,16		152,71

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.871,00	152,71
Valor Líquido ⇨	1.718,29

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 23 DE ABRIL ***

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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,16		152,71

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.871,00	152,71
Valor Líquido ⇨	1.718,29

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 23 DE ABRIL ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

Convênio nº 410/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	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 Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 2.524,92 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e vinte e quatro reais e noventa 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	17,26	79,97	
998	I.N.S.S.	9,24		262,11
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,35

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.837,38	312,46
Valor Líquido ⇨	2.524,92

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.837,38	2.837,38	226,99	2.575,27	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 Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	17,26	79,97	
998	I.N.S.S.	9,24		262,11
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,35

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.837,38	312,46
Valor Líquido ⇨	2.524,92

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19439-5 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.837,38	2.837,38	226,99	2.575,27	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

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.510,92 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 dez reais e noventa 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	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%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,05		132,20

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.643,12	132,20
Valor Líquido ⇨	1.510,92

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.643,12	1.643,12	131,44	1.321,33	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 Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	411005	700	1
	AUX. ADM. FARMACIA	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%	112,00	242,63	
998	I.N.S.S.	8,05		132,20

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.643,12	132,20
Valor Líquido ⇨	1.510,92

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.643,12	1.643,12	131,44	1.321,33	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

EMPRESA

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.614,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e catorze reais e dez centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,01	0,01	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,04	0,04	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,51	0,51	
806	MEDIA HORAS FERIAS	8,27	8,27	
807	VANTAGENS FERIAS	6,93	6,93	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	20,77	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		74,68
812	INSS FERIAS	9,00		7,48
998	I.N.S.S.	8,11		142,40
942	IRRF FERIAS	7,50		0,91

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.839,57	225,47
Valor Líquido ⇨	1.614,10

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.839,57	1.839,57	147,16	1.614,10	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 | Folha Mensal
Mensalista | Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3112	DIFERENCA DE 1/3 DE FERIAS	0,01	0,01	
3192	DIFERENCA ADICIONAL FERIAS	0,04	0,04	
805	MEDIA VALOR FERIAS	0,51	0,51	
806	MEDIA HORAS FERIAS	8,27	8,27	
807	VANTAGENS FERIAS	6,93	6,93	
931	1/3 DAS FERIAS	33,33	20,77	
3783	DIAS FERIAS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		74,68
812	INSS FERIAS	9,00		7,48
998	I.N.S.S.	8,11		142,40
942	IRRF FERIAS	7,50		0,91

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.839,57	225,47
Valor Líquido ⇨	1.614,10

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.839,57	1.839,57	147,16	1.614,10	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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3320310430973941
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a SONIA MARIA RIZZO, na conta 199.303, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e setenta 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 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal

Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2159	SONIA MARIA RIZZO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 199303-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo. Assinatura do Funcionário

/ / Data

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 22 DE ABRIL ***

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal

Mensalista Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2159	SONIA MARIA RIZZO	322205	600	1
	TEC. ENFERMAGEM	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.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,71	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 199303-8 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo. Assinatura do Funcionário

/ / Data

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 22 DE ABRIL ***

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

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

Aviso de lançamento

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 4.274,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, 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 duzentos e setenta e quatro reais e setenta e dois centavos)

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Março 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	450,00	450,00	
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.	10,95		505,73
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,59

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.070,04	795,32
Valor Líquido ⇨	4.274,72

ANCO DO BRASIL 1
onta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.114,31	22,50

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 | Folha Mensal
Mensalista | Março 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	450,00	450,00	
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.	10,95		505,73
999	IMPOSTO DE RENDA	22,50		289,59

Total de Vencimentos	Total de Descontos
5.070,04	795,32
Valor Líquido ⇨	4.274,72

ANCO DO BRASIL 1
onta poupança: 197087-9 Agência: 6921 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.114,31	22,50

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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Aviso de lançamento

G332031043097394 1
03/05/2020 15:12:07

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

Data 06/04/2020 Valor R$ 1.477,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 94, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a VALERIA CRISTINA DE SOUZA, na conta 19.514, agência 0448 do banco 001.

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

* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/05/2020 15:12:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal

Mensalista Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,72	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,80

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	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 Folha Mensal
Mensalista Março de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,72	128,92
Valor Líquido ⇨	1.477,80

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19514-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090268984461744107470112882170000279776
BENEFICIARIO:
SUPERMED C I P M HOSPIT LTDA
NOME FANTASIA:
SUPERMED COMERCIO E IMPORTACAO DE P
CNPJ: 11.206.099/0001-07
PAGADOR:
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.601
NOSSO NUMERO	26898446144107470
CONVENIO	02689844
DATA DE VENCIMENTO	06/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.797,76
VALOR COBRADO	2.797,76

NR.AUTENTICACAO B.3CA.21B.9CF.183.4ED

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 69596
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0695 9610 0036 8833

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135200239323772 23/03/2020 17:29:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	23/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	25 MAR. 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 06/04/2020 2.797,76

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
2.797,76	503,60	0,00	0,00	2.797,76

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.797,76

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA 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
1	CAIXA			0,50	0,50

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
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9-5(PFF2) LT SMNSAA0005 (2) 07/2023 (Fornecedor: 1, Lote: SMNSAA0005, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2018, Data Val: 31/07/2023)	63079010	000	5102	CX	2	1.398,8800	2.797,76	2.797,76	503,60		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 107/2017 . ...
Pedido: 69529
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Pgto. atraves de Depositos, DOC ou TED - Banco 237-Bradesco Ag. 3398-7 Conta 29357-1
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 24 / 3 / 2020
ASS. Isadora

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089852203601043382180000100273
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	40.701
DATA DE VENCIMENTO	07/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	07/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.002,73
VALOR COBRADO	1.002,73

NR.AUTENTICACAO 6.922.1E5.AE2.828.41B

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 64050
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0640 5010 0010 1927

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
135200177096871 03/03/2020 19:55:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	03/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	04 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 07/04/2020 1.002,73

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
1.002,73	179,98	0,00	0,00	1.002,73

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.002,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA 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
4	CAIXA			8,00	8,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
14491	HEPARINA(HEMOFOL)5000UI 25AMP 0,2-5ML-CRISTALIA LT 19090413 (2) 09/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19090413, Qtde: 2 ,Data Fab: 03/09/2019, Data Val: 03/09/20-21)	30049099	000	5102	CX	2	189,1100	378,22	378,22	68,08		18,00	
2882	AMPLOSPEC IV 1G 50FAM-BIOCHIMICO LT 008807 (1) 09/2022 (Fornecedor: 15111, Lote: 008-807, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/10/2019, Data Val: 30/09/2022)	30042059	000	5102	CX	1	393,7100	393,71	393,71	70,87		18,00	
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT 1K65-79 (2) 10/2024 (Fornecedor: 335, Lote: 1K6579, Qtde: 2 ,Data Fab: 09/10/2019, Data Val: 09/10/2024)	30043220	000	5102	CX	2	4,3200	8,64	8,64	1,04		12,00	
11929	CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 10-0ML-PRATI DONADUZZI LT 19L37B (4) 12/2021 (Fornecedor: 9706, Lote: 19L37B, Qtde: 4 ,Data Fab: 10/12/2019, Data Val: 10/12/20-21)	30049099	500	5102	FR	4	2,0200	8,08	8,08	1,45		18,00	
8532	AGUA P.INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT ARF (2) 12/2021 (Fornecedor: 15842, Lote: ARF, Qtde: 2 ,Data Fab: 10/01/2020, Data Val: 31/12/2021)	30049099	000	5102	CX	2	107,0400	214,08	214,08	38,54		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 #R1V3R1V1..
Pedido: 63920
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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 06/03/2020
ASS. Maís

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089852204401047182180000118601
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	40.702
DATA DE VENCIMENTO	07/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	07/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.186,01
VALOR COBRADO	1.186,01

NR.AUTENTICACAO B.B47.392.4E3.FDF.2BF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 64051
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0640 5110 0135 2149

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135200177096872 03/03/2020 19:55:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)		45.349.461/0001-02	03/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	04 MAR. 2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF / INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP	

FATURA / DUPLICATA

001 07/04/2020 1.186,01

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
1.153,09	187,05	0,00	0,00	1.186,01

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.186,01

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA 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
7	CAIXA			39,40	39,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
5060	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-ANADONA SOFT LT 305-19 (3) 05/2021 (Fornecedor: 17, Lote: 305-19, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/05/2021)	62101000	000	5102	PCT	3	5,4400	16,32	16,32	2,94		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (1) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1	17,4900	17,49	17,49	3,15		18,00	
13501	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLIDOR LT 13419061 (2) 06/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 13419061, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	PC	2	15,0200	30,04	30,04	5,41		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUAA0006 (1) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0006, 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 1900045515 (4) 10/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 1900045515, Qtde: 4 ,Data Fab: 26/11/2019, Data Val: 12/10/2022)	90183921	040	5102	PC	4	8,2300	32,92					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 #R3V6R1V1..
ITEM 5 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 63921
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,27

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/03/2020
ASS.

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

Nº 64051
SERIE 1
FOLHA 2/2

3520 0311 2[illegible] 9900 0441 5500 1000 0640 5110 0135 2149

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
135200177096872 03/03/2020 19:55:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (10) 06/2021 (Fornecedor: 20-80, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	10	12,1200	121,20	121,20	21,82		18,00	
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 113 (2) 11/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 113, Qtde: 2 ,Data Fab: 29/11/2019, Data Val: 29/11/2024)	44219900	000	5102	PCT	2	2,8800	5,76	5,76	1,04		18,00	
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57119081 (6) 08/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 5711-9081, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	90183219	200	5102	CX	6	6,5600	39,36	39,36	4,72		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 5219M4 (3) 12/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 5219M4, Qtde: 3 ,Data Fab: 03/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183219	400	5102	CX	3	5,5200	16,56	16,56	1,99		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4664M4 (1) 11/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4664M4, 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/200-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	41,3500	41,35	41,35	7,44		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0364 (3) 02/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0364, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 28/02/2024)	90183119	200	5102	CX	3	22,9000	68,70	68,70	8,24		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1466/19 (2) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1466/19, Qtde: 2 ,Data Fab: 16/07/2019, Data Val: 16/07/2024)	90183119	000	5102	CX	2	105,8900	211,78	211,78	25,42		12,00	
23675	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-DANNY LT DCSV-010/18 (1) 06/2023 (Fornecedor: 2413, Lote: DCSV-010/18, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 30/06/2023)	39262000	200	5102	CX	1	134,6800	134,68	134,68	24,24		18,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR001K (1) 01/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR001K, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 30/01/2023)	40151900	000	5102	CX	1	177,3800	177,38	177,38	31,93		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310023C (1) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310023C, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 09/12/2024)	48191000	000	5102	CX	1	59,0800	59,08	59,08	10,63		18,00	
25889	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/10-NUGARD LT 3374540 (1) 01/2024 (Fornecedor: 7976, Lote: 3374540, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	40151900	200	5102	CX	1	185,0700	185,07	185,07	33,31		18,00	

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029007200000454000107703982200000068000
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	40.703
DATA DE VENCIMENTO	09/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	07/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

NR.AUTENTICACAO D.E00.188.112.DC6.85A

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FIS(	VALOR NOTA R$ 680,00	NF-e Nº: 000.118.812 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO ___/___/___	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical®

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 - Saída [1]

Nº 000.118.812
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0351 9436 4500 0107 5500 1000 1188 1210 0464 0328

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA PRODUCAO PROPRIA	135200196984565 - 10/03/2020 12:14:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	10/03/2020
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	10/03/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14) 3541-1544	SP		12:12:53

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	09/04/2020	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	680,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16	680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,980	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	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BSHFSE	Cateter para Subclavia D/L CVC 7Fr x 20cm com acessorios BSHFSE R.O.P.M: 0902040150 L: 34124 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:A725 BB25-10FE-4B96-88BB-4766BD857561	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/03/20
ASS. Dais

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 92776 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 28,56 (4,20%) Estadual: R$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO OITAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.uti mirandopolis convenio 0107/2017	Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100689130953582210000075307
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	40.704
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	07/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	753,07
VALOR COBRADO	753,07

NR.AUTENTICACAO 5.268.04E.D26.47E.38F

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

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

Número do RPS	Número da nota
1047483	**1082803**

Data da emissão da nota: **13/03/2020 13:50:10**

Data do fato gerador: **12/03/2020 20:48:39**

Código de verificação: **OX2T-VCSPW**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

THOMSON REUTERS

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.: 3/2020.	753,07	1	753,07	753,07	x	2,00	=	15,06

VENCIMENTOS: (10/04/2020 - 753,07) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

PIS/PASEP	COFINS	INSS	IR	CSLL
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	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$)	Base de Cálculo(R$)	Alíquota(%)	Valor ISS(R$)	
0,00	**753,07**	**2,00**	**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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:57
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800038860011382210000029095
BENEFICIARIO:
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR
NOME FANTASIA:
AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR
CNPJ: 01.641.665/0001-47
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC. DO B
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	40.705
DATA DE VENCIMENTO	10/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	07/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	290,95
VALOR COBRADO	290,95

NR.AUTENTICACAO 8.D30.09B.95A.73E.652

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado
Destinatario: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Jardim Ariano - LINS - SP
Emissão: 10/03/2020 Valor Total: R$ 581,90

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.004.664
Série 001

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA ME

Rua DUQUE DE CAXIAS 1100
CENTRO - MIRANDOPOLIS - SP
Fone (18)3701-5668 CEP 16800-000

vrariaestudebem@hotmail.com

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 000.004.664
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0301 6416 6500 0147 5500 1000 0046 6413 9075 4036

Consulta de autenticidade no portal da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida ou recebid	135200196096477 10/03/2020 09:34:04

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
449014737115		01.641.665/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF		DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02		10/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA	Jardim Ariano		16400-400	10/03/2020
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**TELEFONE / CELULAR**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
LINS	SP	(14)3532-5198		

HORA DA EMISSÃO	HORA DA SAÍDA
09:16:48	09:16:48

FATURA/DUPLICATAS

NÚMERO DA FATURA	VALOR ORIGINAL	VALOR DO DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
4664	581,90	0,00	581,90

Número	001
Vencimento	10/04/2020
Valor R$	581,90

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO FCP	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	581,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	581,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0-EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
18					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DESC. %	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA % ICMS	ALÍQUOTA % IPI
30396	LIVRO ATA 100 FLS SAO DOMINGOS	48201000	0500	5405	UN	8,00	2,95	0,00	70,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12731	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT VERMELHO	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,10	0,00	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12729	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT AZUL	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,10	0,00	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0
12733	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT PRETO	96082000	0500	5405	UN	1,00	9,10	0,00	9,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0
48216	PAPEL SULFITE RINO CX. 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	2,00	184,90	0,00	369,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0
18409	FITA DUPLA FACE MASSA ACRILICA 19MM X 2 MT	35069100	0500	5405	UN	1,00	15,90	0,00	15,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0
42268	PERFURADOR CAVIA P/30 FLS	84729040	0500	5405	UN	1,00	24,60	0,00	24,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0
41413	LACRE PARA MALOTE AZUL C/100	39269090	0500	5405	UN	1,00	15,90	0,00	15,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0
22161	CANETA BIC AZUL CX. C/50 UNIDADES	96081000	0500	5405	CX	1,00	36,90	0,00	36,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0
40365	PERFURADOR PAPEL METAL P/12 FLS JOCAR	84729040	0500	5405	UN	1,00	11,90	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
3.4.000552	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Val. Aprox. Impostos R$55,75 (9,58%) Federal R$17,28 (2,97%) Estadual Fonte: IBPT I-"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R$ 0,00 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.	**Convênio nº 0107/2017** **Termo Aditivo nº 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
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
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$ 1.700,06
DEBITO EM: 07/04/2020
==========
DOCUMENTO: 040706
AUTENTICACAO SISBB: 2.527.F01.1E2.E59.4FD

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 17/09/2019

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	244,01	
998	I.N.S.S.	8,15		150,90

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.850,96	150,90
Valor Líquido ⇨	1.700,06

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.850,96	1.850,96	148,07	1.700,06	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 17/09/2019

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	244,01	
998	I.N.S.S.	8,15		150,90

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.850,96	150,90
Valor Líquido ⇨	1.700,06

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.850,96	1.850,96	148,07	1.700,06	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
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
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: 077 - BANCO INTER S.A.
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTE
CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27
VALOR: R$ 28.000,00
DEBITO EM: 07/04/2020
==========
DOCUMENTO: 040707
AUTENTICACAO SISBB: 8.9D3.DD8.C2B.4D4.FE4

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

Mua

Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
4/NFE
Data e Hora de Emissão
06/04/2020 17:15:45
Código de Verificação
0B8E7045CEC667062185
Página 1 / 1

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 33.433.450/0001-27 IE: IM: 56692
Razão Social: KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME
Endereço : Rua Eletricista Manuel Martins - Num: 97
Bairro : Jardim Novo Horizonte - CEP: 17.209-830
Município : JAU - SP Celular: (14)99791-2301
E-mail : fiscal@jrmartins.com.br

Dados da Nota

TOMADOR

CNPJ : 45.349.461/0001-02 IE: IM:
Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço : AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES - Num: 303 - SALA 03
Bairro : JARDIM ARIANO - CEP: 16.400-400
Município : LINS - SP
E-mail : contabilidade2@ahbb.org.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço :AVENIDA DOUTOR RAUL DA CUNHA BUENO - Num: 585. Bairro: CENTRO - CEP: 16.800-000
Municipio :MIRANDOPOLIS - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE MARÇO/2020.

Dedução / Outras Informações

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 28.000,00

Código do Serviço: 04.08 - TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E FONOAUDIOLOGIA

Deduções (R$)	Base de Cálculo (R$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R$)	ISS Retido na Fonte (R$)
0,00	28.000,00	2,01	562,80	0,00

Total Tributos: 562,80. Percentual: 2,01%

Outras Informações

- Valor aproximado de Tributos:4.365,20 (15,59%)

Recebi(emos) de **KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME**
os serviços constantes na Nota Fiscal Eletrônica ao lado.

__/__/____ _____
Data Identificação do Recebedor

Dados que identificam a nota
Número da Nota 4/NFE
Emissão 06/04/2020 17:15:45
Código de verificação 0B8E7045CEC667062185

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

07/04
211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R$ 1.478,01
DEBITO EM: 07/04/2020

==========

DOCUMENTO: 040708
AUTENTICACAO SISBB: 4.835.A95.517.827.6B8

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 19/02/2020

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,95	128,94
Valor Líquido ⇨	1.478,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	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
Mensalista

Folha Mensal
Março de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 19/02/2020

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.606,95	128,94
Valor Líquido ⇨	1.478,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	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
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 3597-1 - PENAPOLIS
CONTA: 13.000.278-3

FAVORECIDO: FARMACIA R.A. LTDA
CPF/CNPJ: 05.911.940/0001-56
VALOR: R$ 4.000,00
DEBITO EM: 08/04/2020

==========

DOCUMENTO: 040801
AUTENTICACAO SISBB: 4.3FB.FBE.229.51A.8E3

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

FARMAFLORA

Dados do Contribuinte

Nome/Razão Social
FARMACIA R A LTDA ME

CPF/CNPJ
05.911.940/0001-56

Inscrição Municipal
2.205.065

Inscrição Estadual/RG
521.115.070.110

E-mail

Endereço
AV LUIZ OSORIO, 264

Complemento

Bairro
CENTRO

Cidade/UF
PENAPOLIS / SP

CEP
16300-013

DDD/Fone

417101985975

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA (NFS-e)

Data/Hora Emissão	Competência	No. Controle	No. NF	Página	Chave de Segurança
30/04/2020 09:21	04/2020	01985975	00002696	1 de 1	5B1R-9APS-8E7S-1B8R-9X5F

Dados do Tomador

Nome/Razão Social
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ
45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual/RG

E-mail
contabilidade2@ahbb.org.br

Endereço
07 DE SETEMBRO, 303

Complemento
SALA 03

Bairro
JARDIM ARIANO

Cidade/UF
LINS / SP

CEP
16400-400

DDD/Fone
(14) 3532.5198

Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor	Fatura N/	Vencimento	Valor
		0,00			0,00			0,00
		0,00			0,00			0,00

Código	Descrição do Serviço	Quantidade	Vr.Unitário	Vr.Total
02	MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS	1	4.000,0000	4.000,00

2000 capsulas de hidroxicloroquina de 400mg cada - 238952

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

Base de Cálculo das Retenções

0,00	% (PIS)	R$	0,00 (-)	0,00	% (INSS)	R$	0,00 (-)	**ISSQN Retido**	**R$**	**0,00**
0,00	% (COFINS)	R$	0,00 (-)	0,00	% (IRRF)	R$	0,00 (-)	Desconto Incondicional	R$	0,00 (-)
0,00	% (CSLL)	R$	0,00 (-)	Total Ret.Federais		R$	0,00	Outros Descontos	R$	0,00 (-)
								Valor Líquido a Pagar	**R$**	**4.000,00**

Valor do ISSQN	161,68	Valor Total da Nota	**4.000,00**

Ativ.	Descrição da Atividade	Aliq.(%)	B.Cálculo	Ativ.	Descrição da Atividade	Aliq.(%)	B.Cálculo
04.07	Serviços farmacêuticos.(...)	4,0421	4.000,00				

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Empresa pertencente ao Simples Nacional.
Documento emitido por ME/EPP optante pelo Simples Nacional (LC 123/06), nao gera direito a Credito Fiscal de ISS e IPI.
Local de execução dos serviços: BILAC / SP

CNAE: -

Percentual Aproximado dos Tributos: 16.35 %. Fonte IBPT. Lei 12741/2012.
*Para verificação da autenticidade desta NFS-e acesse: www.mgmtributacao.com.br/issqn/nfea/

PREFEITURA MUNICIPAL DE PENAPOLIS
Secretaria Municipal da Fazenda
Central Tributária - ISSQN
AVENIDA MARIA CHICA, 1400, CENTRO - PENAPOLIS/SP (18) 3654.2507

Recebi(emos) de:FARMACIA R A LTDA ME
OS SERVIÇOS CONSTANTES NESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA.

Data

Assinatura do Recebedor

NOTA FISCAL ELETRÔNICA
N/00002696

Chave de Segurança
5B1R-9APS-8E7S-1B8R-9X5F

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080646614271512711770003482220000050000
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	41.301
DATA DE VENCIMENTO	11/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	500,00
VALOR COBRADO	500,00

==========

NR.AUTENTICACAO 0.280.E68.48E.9E5.22D

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

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500
Fax: (19)3256-0500

BELIVE MEDICAL

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 60.617
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/1

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	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ	
795.194.063.113		14.335.544/0001-19	

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	26/02/2020
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		CENTRO	16370-000	26/02/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
Lins	(014)3541-1544	SP		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	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.000,00	180,00	0,00	0,00	1.000,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.000,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS	0				06.321.409/0001-96

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AVENIDA HENRY FORD, 1153	SAO PAULO	SP	148.923.420.116

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			3,7000	3,7000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
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 Mirandopolis 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, Mirandopolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

Luciana Galocio
29.020.072-8

BOLETO ANEXO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/ 02 /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
OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614079282913359100002034312982230000197000
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	41.302
NOSSO NUMERO	6140928291
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	12/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.970,00
VALOR COBRADO	1.970,00

NR.AUTENTICACAO 8.2CB.071.250.85D.C52

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

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200121351875 12/02/2020 18:10:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	12/02/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	12/02/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		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	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.940,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,70	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. 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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080648222271512711770003882240000221378

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	41.303
DATA DE VENCIMENTO	13/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.213,78
VALOR COBRADO	2.213,78

NR.AUTENTICACAO 2.6D6.782.744.6BA.69F

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

Farmace

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

BELIVE MEDICAL

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 60.742
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520.0214.3355.4400.0119.5500.0000.0607.4210.1144.3328

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
135200165021874 - 28/02/2020 12:53:01

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	28/02/2020
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		CENTRO	16370-000	28/02/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Lins	(014)3541-1544	SP		12:52:07

FATURA/DUPLICATAS

60742/1 - 13/04/20 - 2213,78

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.213,78	265,65	0,00	0,00	2.213,78

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.213,78

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
20	CAIXAS			286,1000	286,1000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR297A8 - 04/04/2021 Qtde: 6.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	500 5102	CX	6,0000	148,6800	0,0000 0,0000 %	892,08	892,08	107,05 0,00	0,00	12,00	0,00
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR295L0 - 02/09/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	2,0000	106,5000	0,0000 0,0000 %	213,00	213,00	25,56 0,00	0,00	12,00	0,00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR297P2 - 09/10/2021 Qtde: 3.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	3,0000	73,5000	0,0000 0,0000 %	220,50	220,50	26,46 0,00	0,00	12,00	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR299S1 - 19/11/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	2,0000	57,6000	0,0000 0,0000 %	115,20	115,20	13,82 0,00	0,00	12,00	0,00
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR297N6 - 10/04/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	2,0000	126,0000	0,0000 0,0000 %	252,00	252,00	30,24 0,00	0,00	12,00	0,00
974 30049099	GLICOSE 5% 500ML AZB0063 CX30BOLS BAXTER Lote: PR300A7 - 27/05/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: F904A441-294E-47B7-95ED-7A707AF88EFF	500 5102	CX	1,0000	75,0000	0,0000 0,0000 %	75,00	75,00	9,00 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

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandopolis UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO MAS 31820-378893/2012" /

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

AHBB - UTI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 04/03/2020
ASS.

RESERVADO AO FISCO

BOLETO ANEXO

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FIS
EMISSÃO: 28/02/2020 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT Total NF: 2.213,78 Volume: 20 Número Pedido: 1144301	NF-e Nº: 60742 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

BELIVE MEDICAL

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 60.742
SÉRIE: 0
FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520.0214.3355.4400.0119.5500.0000.0607.4210.1144.3328

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
1352001650218 74 - 28/02/2020 12:53:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
795.194.063.113		14.335.544/0001-19

1089 30049099	GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BOLS BAXTER Lote: PR296P3 - 25/03/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: BB2C7443-F4C1-441F-A2B0-7A88B80F0961	500 5102	CX	2,0000	59,2000	0,0000 0,0000 %	118,40	118,40	14,21 0,00	0,00	12,00	0,00
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR297N5 - 10/04/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	2,0000	163,8000	0,0000 0,0000 %	327,60	327,60	39,31 0,00	0,00	12,00	0,00

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandopolis UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /	

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000451628007252803682260000221467
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	41.304
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.214,67
VALOR COBRADO	2.214,67

NR.AUTENTICACAO 1.881.5D6.D6C.053.8F7

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 ARAÇATUBA

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	**45128**
Data de Emissão	**26/03/2020**
Data e Hora da Competência	**26/03/2020 às 12:44:37**
Código de Verificação	3716-0814-7055

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

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	IE	ISENTO
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	prestacao@ahbb.org.br;	Telefone	
Inf. Comp.			
Logradouro	-AV JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento		País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1	SERVICOS DE ANALISES CLINICAS	2.359,8000	1,00	0,00	0,00	2.359,80

Valor Total dos Serviços - R$2.359,80

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERÊNCIA MÊS 03/2020.

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
15,34	70,79		35,40	23,60		

CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 2.359,80

Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal	Local do Serviço
Normal	Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	2.359,80	0,00	145,13	70,79

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 2.214,67

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 **45128** emitida em **26/03/2020** às **12:44:37** - Cód Verif **3716-0814-7055**
Condições de Pagamento: Vencimento: 26/03/2020 Valor Total R$ **2.359,80** Valor Líquido R$ **2.214,67**

Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090308371800100000008177482260000236750
BENEFICIARIO:
MEDC X E CIRURGICOS LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA
CNPJ: 16.610.451/0001-80
SACADOR AVALISTA:
MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA
CNPJ: 16.610.451/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.305
NOSSO NUMERO	30837180000000008
CONVENIO	03083718
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.367,50
VALOR COBRADO	2.367,50

NR.AUTENTICACAO 6.2A2.A38.9B3.70D.D40

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

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

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 801
SÉRIE: 1

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP

Rua Caldas Novas, 50 - Bethaville I

Barueri - SP

CEP: 06404-301

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 801

Série: 1

FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520 0316 6104 5100 0180 5500 1000 0008 0112 1253 5501

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA	135200205687474 12/03/2020 12:20:28

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	12/03/2020 12:16:09

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03	Jardim Ariano	16400-400	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA / ENTRADA
Lins		SP		

FATURA / PARCELA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
R$ 2.367,50	R$ 426,15	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 2.367,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 2.367,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0-REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,0000	0,0000

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	VALOR		ALÍQUOTA %	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
6246	CLARITROMICINA 500MG	30049039	000	5405	UN	10	29,0000	290,00	290,00	52,20	0,00	18,00	0,00
6236	PIPE/TAZO 4g+500mg	30049039	000	5405	AMP	70	17,5000	1.225,00	1.225,00	220,50	0,00	18,00	0,00
0421	CEFTRIAXONA SODICA 1G IV/IM	30049099	000	5405	UN	50	6,5000	325,00	325,00	58,50	0,00	18,00	0,00
6230	HEPARINA 5000UI/0,25ML	30049039	000	5405	UN	75	4,5000	337,50	337,50	60,75	0,00	18,00	0,00
0732	ENOXAPARINA 60 MG	30049099	000	5405	UN	10	19,0000	190,00	190,00	34,20	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
45739587			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Informações complementares de interesse do Contribuinte:
PAGAMENTO PARA BOLETO PARA 15/04/2020 UTI MIRANDOPOLIS
AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585 MIRANDOPOLIS-SP 16800-000

RESERVADO AO FISCO
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/03/2020
ASS

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090308371800100000010173282260000045000
BENEFICIARIO:
MEDC X E CIRURGICOS LTDA - EPP
NOME FANTASIA:
MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA
CNPJ: 16.610.451/0001-80
SACADOR AVALISTA:
MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA
CNPJ: 16.610.451/0001-80
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	41.306
NOSSO NUMERO	30837180000000010
CONVENIO	03083718
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	450,00
VALOR COBRADO	450,00
NR.AUTENTICACAO	7.3B9.0F6.418.861.96D

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

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

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº: 815
SÉRIE: 1

MEDC X EQUIPAMENTOS CIRURGICOS LTDA EPP

Rua Caldas Novas, 50 - Bethaville I

Barueri - SP

CEP: 06404-301

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº: 815

Série: 1

FOLHA 1 / 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520 0316 6104 5100 0180 5500 1000 0008 1515 5805 3497

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA	135200220632210 17/03/2020 13:53:52

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	17/03/2020 13:51:02

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA SAÍDA / ENTRADA
Av. José Ariano Rodrigues, 303 SALA 03	Jardim Ariano	16400-400	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA / ENTRADA
Lins		SP		

FATURA / PARCELA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
R$ 450,00	R$ 81,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 450,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 450,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
	0-REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
				0,0000	0,0000

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	VALOR		ALIQUOTA %	
										ICMS	IPI	ICMS	IPI
6230	HEPARINA 5000UI/0,25ML LT: 18120303 VL:12/20	30049039	000	5405	UN	100	4,5000	450,00	450,00	81,00	0,00	18,00	0,00

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18 / 3 / 2020
ASS. Isodoro

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
45739587			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Informações complementares de interesse do Contribuinte: PAGAMENTO BOLETO PARA 15/04/2020 UTI MIRANDOPOLIS AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585, MIRANDOPOLIS-SP 16800-000	Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio

VERSÃO DO SISTEMA EMISSOR DA NFE: 2.10
DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 17/03/2020 13:56

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614319637183347400001526110582260000256875
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	41.308
NOSSO NUMERO	6143963718
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO 6.3E7.C2E.9AA.7A3.690

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e N. 000233284 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 5511224477S1

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000233284
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 0358 4266 2800 0133 5500 1000 2332 8411 0006 4068

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135200216550363 16/03/2020 14:37:34-03:00

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

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF		DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02		16/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	CENTRO		16400-400	
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA ENTRADA/SAÍDA**
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001 15/04/2020 2.568,75	002 15/05/2020 2.568,75							

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA	0-EMITENTE				44.914.992/0013-71

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALEXANDRE COLARES	SAO PAULO	SP	112782533118

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			14,580	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 GIBASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): JAN20902335019008 - Val idade: 31/01/2023	90189099	040	5101	UN	250,0000	16,96000000	4.240,00	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%
EE900300	EQUIPO GIBASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): FEV20900313320008 - Val idade: 31/01/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%

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

Alessandro A. Santos
Frota 72711
Cod. TMS 7409
Cod. COL 842

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Protocolo: 135200216550363 PEDIDO DE 16/03/2020, ORC 020668 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDOPOLIS, - *** Pedido de Venda: 446622 *** Cotacao Numero: 1068 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1648.63 (32.09%).	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 18/03/2020 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

Scanned with CamScanner

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614153283903347200001526110582280000256875
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	41.307
NOSSO NUMERO	6141328390
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	17/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO 7.7A2.CA4.69E.AA4.666

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

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NF-e N. 000233284 SÉRIE 1

Samtronic Industria e Comercio Ltda

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000233284
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 0358 4266 2800 0133 5500 1000 2332 8411 0006 4068

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135200216550363 16/03/2020 14:37:34-03:00

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

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	16/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	CENTRO	16400-400	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001 15/04/2020 2.568,75	002 15/05/2020 2.568,75							

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA	0-EMITENTE				44.914.992/0013-71

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALEXANDRE COLARES	SAO PAULO	SP	112782533118

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			14,580	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 GIBAUET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): JAN2090233501B00B - Val idade: 31/01/2023	90189099	040	5101	UN	250,0000	16,96000000	4.240,00	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%
EE900300	EQUIPO GIBAUET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): FEV2090031332000B - Val idade: 31/01/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%

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

Alessandro A. Santos
Frota 72711
Cod. TMS 7409
Cod. COL 842

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200216550363
PEDIDO DE 16/03/2020, ORC 020668 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDOPOLIS. -
*** Pedido de Venda: 446622 *** Cotacao Numero: 1068 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1648.63 (32.09%).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/03/2020
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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Scanned with CamScanner

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614239325553359300002034312282280000014651
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	41.309
NOSSO NUMERO	6142932555
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	17/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	146,51
VALOR COBRADO	146,51
NR.AUTENTICACAO	3.89E.044.7C7.7B3.CD0

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA - SUMARE

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002
MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARE
13178-561 SUMARE - SP
FONE: (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

000.040.760
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0304 0278 9400 0750 5500 1000 0407 6010 0058 8880

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS		**135200177377168 03/03/2020 22:14:14**
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.**	**CNPJ**
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL				**45.349.461/0001-02**	03/03/2020
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		JARDIM ARIANO		16400-400	**03/03/2020**
MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DA SAÍDA
LINS	SP	(14) 3532-5198			**21:55:20**

FATURA / DUPLICATA

40760/001 17/04/2020 146,51

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
130,11	20,71	0,00	0,00	146,51

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28,31	**146,51**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ / CPF
O EMITENTE	0-Remetente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			1,000	1,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
37605	BRONQUINHO COLETOR DE SECRECAO 120ML - BIOMEG BIOTEC (Lote: 19A03357, Qtde: 4, Dt Val: 31/10/2021) Lote=19A03357 Fab=01/10/2019 Val=31/10/2021 Qtd=4 VLR APROX. TRIBUTOS R$ 5,26, 32,09%. Cód. Barras: 7898931754955	90183929	040	5102	UN	4	4,10	16,40	0,00	0,00		5,26
30874	ELETRODO DESC. C/50 (N) REF.BRQ 2223/2228 - 3M (Lote: 1923400675, Qtde: 2, Dt Val: 31/08/2021) Lote=1923400675 Fab=01/08/2019 Val=31/08/2021 Qtd=2 VLR APROX. TRIBUTOS R$ 7,88, 25,58%. Cód. Barras: 7891040146468	90181990	000	5102	PCT	2	15,40	30,80	30,80	5,54	18,00	7,88
21476	DIPIFARMA 100/2ML-FARMACE (Lote: DP19M394, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2021) Lote=DP19M394 Fab=01/12/2019 Val=31/12/2021 Qtd=1 PMC=0,00 VLR APROX. TRIBUTOS R$ 9,76, 18,00%. Cód. Barras: 7898166041004	30039099	000	5102	CX	1	54,21	54,21	54,21	9,76	18,00	9,76
13266	FUROSEMIDA 20MG 100/2ML GEN.-HYPOFA (Lote: 19121343, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2021) Lote=19121343 Fab=01/01/2020 Val=31/12/2021 Qtd=1 PMC=0,00 VLR APROX. TRIBUTOS R$ 5,41, 12,00%. Cód. Barras: 7898122910634	30039086	000	5102	CX	1	45,10	45,10	45,10	5,41	12,00	5,41

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
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, Mirandopolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 ITEM 1 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99 ITEM 4 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015 ITEM 2 ITEM 1 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$ 28,31, Federal, R$ 7,60, Estadual, R$ 20,71 Pedido: 46066 Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 04/03/2020 ASS.

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

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

dupatri HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1080873
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0304 0278 9400 0326 5500 1001 0808 7310 01C7 96J5

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152202966221868 03/03/2020 20:36:08

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	03/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	03/03/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		20:35

FATURA / DUPLICATA

001 17/04/2020 300,00

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
249,99	30,00	0,00	0,00	300,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	300,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			1,20	1,20

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
35968	OPRAZON 40MG 20/10ML.DIL.- BLAU (Lote: 20-010446, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2022)	30049069	520	6108	CX	2	150,0000	300,00	249,99	30,00		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

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 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 18,00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 30,00, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 30,00
Pedido: 1154130
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 04/03/2020
ASS.

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100787779172682280000243329
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	41.311
NOSSO NUMERO	17115360000787779
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	17/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.433,29
VALOR COBRADO	2.433,29

NR.AUTENTICACAO 2.AD1.909.619.86C.5CE

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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. 1266333 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2663 3312 5507 8469

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200176226395 03/03/2020 15:54:02
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	03/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	03/03/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1266333/1	17/04/2020	2.433,29						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.433,29	400,46	0,00	0,00	2.433,29

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.433,29

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,00855	13,048	13,048

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
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AT-028/19 Q: 100,0000 F: 30/06/19 V: 30/05/2021	30049045	000	5102	AP	100,00	0,9398	93,98	93,98	11,28	0,00	12,00	0,00
023896	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (EUROFARMA) L: 650 626A Q: 4,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021, nFCI: DC255A1E-9 372-4C85-94CA-68C9B1535481	30049099	500	5102	SE	4,00	29,37	117,48	117,48	21,15	0,00	18,00	0,00
030867	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML,CLORIDRATO (ISOFARMA/ HALEX) L: 0010194 Q: 240,0000 F: 30/01/20 V: 14/01/2022	30049041	000	5102	AP	240,00	0,4467	107,21	107,21	19,30	0,00	18,00	0,00
021223	NOREPINEFRINA 8MG, HEMITARTARATO (HIPOLABOR) (I TEM GENERICO) L: AB-003/20 Q: 150,0000 F: 30/01/20 V: 30/ 12/2021, nFCI: 91D0489B-DAC6-4E80-8171-5AA7E69CC121	30049099	500	5102	AP	150,00	1,7034	255,51	255,51	30,66	0,00	12,00	0,00
021057	MIDAZOLAM 50MG (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AP -128/19 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
029217	FENTANILA, CITRATO 78,5MCG 10ML EQUIVALE (CRISTA LIA) L: 19120340 Q: 75,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2022 *** Po rtaria 344/98 A1	30049069	000	5102	FA	75,00	4,2292	317,19	317,19	57,09	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 Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 03/03/2020 Pedido: 1567489 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1567489 *** 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 Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04 / 03 / 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

Identificação do emitente

Rioclarense

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. 1266333 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2663 3312 5507 8469

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
135200176226395 03/03/2020 15:54:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		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
030568	CLOREXIDINA 1% 100ML (VIC PHARMA) L: M26292 Q: 2 4,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30039099	000	5102	FR	24,00	1,4432	34,64	34,64	6,24	0,00	18,00	0,00
030349	MASCARA CIR.TRIPLA C/ELASTICO (TALGE) L: TMTX004 Q: 300,0000 F: 30/05/19 V: 30/05/2024	63079010	200	5102	PC	300,00	2,6851	805,53	805,53	144,99	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290459 Q: 200,0000 F: 31/08/19 V: 30/08/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,5609	112,18	112,18	20,19	0,00	18,00	0,00
030969	FILTRO BACTERIANO VIRAL (BE CARE) L: 190706 Q: 5 0,0000 F: 06/07/19 V: 06/07/2024	90192010	200	5102	PC	50,00	6,2697	313,49	313,49	56,43	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000911459601016582260000007000

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	41.312
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	70,00
VALOR COBRADO	70,00

NR.AUTENTICACAO 8.ED5.4EE.636.3FC.F4F

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 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:
CONSERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS

Código do Serviço:
14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, 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 liquido da nota (R$)** 420,00	

Chave de autenticação: 508390494DF367E3C6909F448E754AE5

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399676146580000000500032501017282260000950000
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	41.313
DATA DE VENCIMENTO	15/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	9.500,00
VALOR COBRADO	9.500,00

NR.AUTENTICACAO D.174.56E.83B.656.B71

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
954

Data e Hora da Emissão	01/04/2020 11:02:24	Competência	1/4/2020	Código de Verificação	X2XH6FKON
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	RIBEIRAO PRETO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI - EPP				
Nome Fantasia	ECQ				
CNPJ/CPF	14.352.079/0001-24	Inscrição Municipal	20004074	Município	RIBEIRAO PRETO - SP
Endereço e Cep	RUA THOMAZ NOGUEIRA GAIA ,544 - JARDIM SÃO LUIZ CEP: 14020-290				
Complemento:		Telefone:	16034427432	e-mail:	

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	BILAC - SP
Endereço e CEP	RUA SETE DE SETEMBRO ,529 - CENTRO CEP: 16210-000				
Complemento:		Telefone:	(14)3532-5198	e-mail:	financeiro@ahbb.org.br

Discriminação dos Serviços

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

Convênio 0107/2017

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

Pagamento conforme boleto.

Código do Serviço / Atividade

14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONSERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORI AIS..

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	9.500,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	9.500,00
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	9.500,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,79
(-) ISS Retido	0,00	1 - Sim	ISS a reter:	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	9.500,00	Incentivador Cultura	(=) Valor do ISS: R$	0,00
		2-Não		

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, ribeiraopreto.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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

20/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 11:11:01
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	20/04/2020
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	8.A06.A3F.244.0C7.F28

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
1978
Data de Emissão
03/04/2020
Data e Hora da Competência
03/04/2020 às 09:05:36
Código de Verificação
1687-3940-0868

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CNPJ	12.119.494/0001-07	Cód. Mobiliário	100166	Insc. Mun.	100166
Nome	TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA			IE	419065626119
Logradouro	RUA-ALVARES DE AZEVEDO			Número	60
Bairro	JARDIM PINHEIRO			CEP	16400-580
Município	LINS			UF	SP
Situação	Optante do Simples Nacional				
Telefones	(14) 3532-3506				
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade2@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	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

style='font-size:13.6px;font-family:"Arial",sans-serif; mso-fareast-font-family:"Times New Roman";color:black;mso-fareast-language: PT-BR'>VENCIMENTO: 20/04/2020

style='font-size:13.6px;font-family:"Arial",sans-serif; mso-fareast-font-family:"Times New Roman";color:black;mso-fareast-language: PT-BR'>CONTA PARA DEPOSITO

/>
BANCO DO BRASIL
AG:0058-2
C/C:59599-3

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 934,00

Atividade
3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Operação	Deduçao de Materiais/Equipamentos	Responsável pelo imposto
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos	Não	Prestador dos Serviços
Situação da Nota Fiscal	**Local do Serviço**	
Simples Nacional	Dentro do Município	

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
4,4800	934,00	0,00	0,00	41,84

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 934,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

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

20/04/21

211

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116204314493021102213581099982310000010990
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	42.001
DATA DE VENCIMENTO	20/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	109,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	99,90

NR.AUTENTICACAO D.A98.E7A.2FA.FAA.B9F

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

F.B. BABETO ME

RUA NOVE DE JULHO, 784 - CEP:16800-000-Mirandópolis(SP)

IE : 449019473114 CNPJ 14.508.613/0001-49

Nota Fiscal de Serviço de
Modelo 21 - Série 88
Nº 000000016 Emissão: 01/04/2020

Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO

R. DR EDGAR RAIMUNDO DA COSTA, 585

16800-000 CENTRO Mirandópolis SP

Nº de Referencia: 02825
CNPJ/CPF: 45349461000102
Inscrição Estadual ISENTO

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	109,90	0,00	109,90

Chave de Codificação Digital

d9fa.a27a.2e60.69ec.5999.9d67.44c6.651c

Situação do documento fiscal

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVICOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALIQUOTA ICMS
1	FNET FIBRA EMPRESARIAL 120 (DW70/UP50)	109,90	0,00	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
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	85620000013 11170064011
	11453494610 00105610091
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2020
PERIODO DE APURACAO	
NUMERO DO CPF	
CODIGO DA RECEITA	
NUMERO DE REFERENCIA	
DATA DO VENCIMENTO	
RECEITA BRUTA ACUMULADA	
PERCENTUAL	
VALOR DO PRINCIPAL	
VALOR DA MULTA	
VALOR DOS JUROS	
VALOR TOTAL	1.311,17

DOCUMENTO: 042002
AUTENTICACAO SISBB: B.D89.957.F37.099.9AE

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

1ª via

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/04/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	1.311,17
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	1.311,17

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 03 2020 UTI MIR ANDOPOLIS

DARF válido para pagamento até 20/04/2020
Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.55.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85620000013-6 11170064011-8 11453494610-7 00105610091-8

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

cortar nesta linha

2ª via

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	20/04/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	1.311,17
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	1.311,17

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL
1633748438

DARF IRRF 03 2020 UTI MIR ANDOPOLIS

DARF válido para pagamento até 20/04/2020
Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.55.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85620000013-6 11170064011-8 11453494610-7 00105610091-8

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

20/04/21
211

PJ: 45.349.461/0008-89
Período: 01/03/2020 a 31/03/2020
Empregados

Emissão: 03/04/2020
Horas: 14:06:08

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/03/2020 a 31/03/2020									
EMPREGADOS									
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 02/20	3.165,16	348,16	379,18	2	7,50	142,80	40,04
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 02/20	3.202,22	352,24	0,00	0	15,00	354,80	72,70
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 02/20	2.757,41	248,16	189,59	1	7,50	142,80	31,17
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 02/20	2.831,55	254,83	0,00	0	7,50	142,80	50,45
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Mensal 02/20	2.852,69	256,74	0,00	0	7,50	142,80	51,90
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	Rescisão	735,31	76,51	0,00	0	15,00	354,80	81,51
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 02/20	3.257,41	358,31	189,59	1	7,50	142,80	60,41
2142	LUIS FERNANDO BETONI	Mensal 02/20	2.766,92	249,02	0,00	0	7,50	142,80	46,04
2142	LUIS FERNANDO BETONI	Rescisão	742,65	101,26	0,00	0	15,00	354,80	73,05
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	Mensal 02/20	2.785,82	250,72	0,00	0	7,50	142,80	47,33
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	Rescisão	749,58	103,19	0,00	0	15,00	354,80	75,09
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 02/20	2.757,41	248,16	0,00	0	7,50	142,80	45,39
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 02/20	4.620,04	508,20	0,00	0	22,50	636,13	289,03
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	Mensal 02/20	3.357,41	369,31	189,59	1	7,50	142,80	67,09
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	Rescisão	895,31	123,74	0,00	0	15,00	354,80	113,62
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	Mensal 02/20	3.037,46	273,37	0,00	0	7,50	142,80	64,51
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	Rescisão	793,35	83,10	0,00	0	15,00	354,80	101,84
		Total:	41.307,70	4.205,02					1.311,17
Empregados: 17	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	41.307,70	4.205,02	947,95			1.311,17
Total Geral:									
Empregados: 12	Estagiários: 0	Contribuintes: 0	Total:	41.307,70	4.205,02	947,95			1.311,17

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.		Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos		02/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal	02/2020	0,00	18.710,21	0,00	18.710,21	0,00
0588	Mensal	02/2020	0,00	1.407,58	0,00	1.407,58	0,00
Totalizador				20.117,79	0,00	20.117,79	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

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

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	03/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2020
VALOR DO INSS	991,85
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	991,85

DOCUMENTO: 042003
AUTENTICACAO SISBB: 8.4F2.3B5.49E.0D3.2B9

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	03/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2020
VALOR DO INSS	991,85
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	991,85

DOCUMENTO: 042003
AUTENTICACAO SISBB: 8.4F2.3B5.49E.0D3.2B9

******** VIA CONTRIBUINTE ********

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

via

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
4 - COMPETÊNCIA	03/2020
5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS	991,85
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	991,85

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

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/04/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
4 - COMPETÊNCIA	03/2020
5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS	991,85
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	991,85

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

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 20/04/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

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

20/04/
211

PJ: 45.349.461/0008-89
Título: Folha Mensal
Competência: 03/2020

Emissão: 03/04/2020
Horas: 14:05:11

Empregados

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
2329	ALCIONE BOGAZ	1.891,33	0,00	0,00	0,00	8,17	154,53
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	3.128,09	0,00	0,00	0,00	9,49	296,99
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.230,53	0,00	0,00	0,00	9,63	311,20
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	2.486,09	0,00	0,00	0,00	8,85	219,95
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,16	252,51
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.942,75	0,00	0,00	0,00	9,34	274,75
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.863,77	0,00	0,00	1.863,77	8,16	152,05
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.606,71	0,00	0,00	1.606,71	8,02	128,92
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.830,36	0,00	0,00	0,00	8,14	149,05
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.608,46	0,00	0,00	0,00	8,03	129,08
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88
2135	EDILENE MANOEL	1.624,57	0,00	0,00	0,00	9,00	130,53
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	2.181,97	0,00	0,00	0,00	8,41	183,46
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.606,95	0,00	0,00	0,00	8,02	128,94
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.452,48	0,00	0,00	0,00	7,92	115,04
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.896,65	0,00	0,00	0,00	8,18	155,01
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88
2428	JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA	1.488,86	0,00	0,00	0,00	7,50	111,66
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2771	LAIS MARANI SILVA	3.257,41	0,00	0,00	0,00	9,67	314,97
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.810,01	0,00	0,00	0,00	8,13	147,22
2142	LUIS FERNANDO BETONI	1.770,56	0,00	0,00	0,00	7,79	136,60
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	1.451,33	0,00	0,00	0,00	7,92	114,93
2141	NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE	1.789,05	0,00	0,00	0,00	7,81	138,30
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	2.959,59	0,00	0,00	2.959,59	9,35	276,77
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.837,38	0,00	0,00	0,00	9,24	262,11
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.643,12	0,00	0,00	0,00	8,05	132,20
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.839,57	0,00	0,00	0,00	9,00	149,88
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.850,96	0,00	0,00	0,00	8,15	150,90
2159	SONIA MARIA RIZZO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.620,04	0,00	0,00	0,00	10,95	505,73
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.606,72	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2140	VIVIANE LIE YOKOYAMA	2.058,73	0,00	0,00	0,00	7,99	161,95
2421	WILLIAN SOUZA SALADINI	1.592,08	0,00	0,00	0,00	7,57	120,18

Empregados:	43	Total:	86.810,89	0,00	0,00	6.430,07		7.421,92
Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00
Total:	43	Total:	86.810,89	0,00	0,00	6.430,07		7.421,92

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
al	86.810,89	0,00	7.421,92	0,00	0,00	0,00	6.430,07	0,00	991,85

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.58
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85650000032 56960064011
	11453494610 00117080091
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2020
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	3.256,96

DOCUMENTO: 042004
AUTENTICACAO SISBB: 6.BD7.B71.C5A.8D7.911

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

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01	NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	
	DARF válido para pagamento até 20/04/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP **NÃO RECEBER COM RASURAS**	
02	PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2020
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04	CÓDIGO DA RECEITA	1708
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	20/04/2020
07	VALOR PRINCIPAL	3.256,96
08	VALOR DA MULTA	0,00
09	VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
10	VALOR TOTAL	3.256,96
11	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 15/04/2020 11:24:36

85650000032-3 56960064011-8 11453494610-7 00117080091-4

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais
DARF

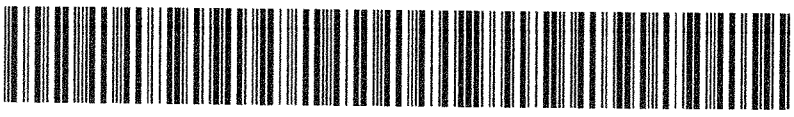
01 NOME / TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

DARF válido para pagamento até 20/04/2020
Domicílio tributário informado: LINS - SP
NÃO RECEBER COM RASURAS

02 PERÍODO DE APURAÇÃO 31/03/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ 45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA 1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA
06 DATA DE VENCIMENTO 20/04/2020
07 VALOR PRINCIPAL 3.256,96
08 VALOR DA MULTA 0,00
09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69 0,00
10 VALOR TOTAL 3.256,96
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 15/04/2020 11:24:36

85650000032-3 56960064011-8 11453494610-7 00117080091-4



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

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

20/04/
211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
02/03/2020	256	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 107.400,00	R$ -	R$ 1.611,00	R$ 4.994,10		R$ 6.605,10	R$ 100.794,90
26/02/2020	44342	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 2.330,70	R$ -	R$ 34,96	R$ 108,38		R$ 143,34	R$ 2.187,36
23/03/2020	271	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 107.400,00	R$ -	R$ 1.611,00	R$ 4.994,10		R$ 6.605,10	R$ 100.794,90
		Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
		Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda		R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 217.130,70**	**R$ -**	**R$ 3.256,96**	**R$ 10.096,58**	**R$ -**	**R$ 13.353,54**	**R$ 203.777,16**

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.55.59
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

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	85600000100 96580064011
	11453494610 00159520091
DATA DO PAGAMENTO	20/04/2020
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	10.096,58

DOCUMENTO: 042005
AUTENTICACAO SISBB: 7.2B3.C02.801.A2E.8EE

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

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01	NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	
02	PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2020
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04	CÓDIGO DA RECEITA	5952
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	20/04/2020
07	VALOR PRINCIPAL	10.096,58
08	VALOR DA MULTA	0,00
09	VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
10	VALOR TOTAL	10.096,58
11	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

DARF válido para pagamento até 20/04/2020
Domicílio tributário informado: LINS - SP
NÃO RECEBER COM RASURAS

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 15/04/2020 11:26:43

85600000100-3 96580064011-6 11453494610-7 00159520091-4

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais
DARF

01	NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	
02	PERÍODO DE APURAÇÃO	31/03/2020
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04	CÓDIGO DA RECEITA	5952
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	20/04/2020
07	VALOR PRINCIPAL	10.096,58
08	VALOR DA MULTA	0,00
09	VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
10	VALOR TOTAL	10.096,58
11	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

DARF válido para pagamento até 20/04/2020
Domicílio tributário informado: LINS - SP
NÃO RECEBER COM RASURAS

SicalcWeb versão 1.7.66.6643 15/04/2020 11:26:43

85600000100-3 96580064011-6 11453494610-7 00159520091-4

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

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

20/04/1
211

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
02/03/2020	256	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 107.400,00	R$ -	R$ 1.611,00	R$ 4.994,10		R$ 6.605,10	R$ 100.794,90
26/02/2020	44342	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 2.330,70	R$ -	R$ 34,96	R$ 108,38		R$ 143,34	R$ 2.187,36
23/03/2020	271	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R$ 107.400,00	R$ -	R$ 1.611,00	R$ 4.994,10		R$ 6.605,10	R$ 100.794,90
		Thomson Reuters Brasil Conteudo	R$ -	R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
		Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda		R$ -	R$ -	R$ -		R$ -	R$ -
TOTAL			**R$ 217.130,70**	**R$ -**	**R$ 3.256,96**	**R$ 10.096,58**	**R$ -**	**R$ 13.353,54**	**R$ 203.777,16**

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

00190000090171153600100792389173382320000025941
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	42.201
NOSSO NUMERO	17115360000792389
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	21/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	259,41
VALOR COBRADO	259,41

==========
NR.AUTENTICACAO 7.F6F.436.02E.59F.B5E

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIÚNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1272993 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2729 9312 7498 4824

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135200222386500 17/03/2020 21:54:59

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	17/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	17/03/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1272993/1	21/04/2020	259,41						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
259,41	46,69	0,00	0,00	259,41

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	259,41

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	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
2,00	VOLUME(S)		0,00621	3,342	3,342

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
030822	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 2003 Q: 1.000,0000 F: 01/03/20 V: 30/03/2025	30059090	000	5102	PC	1.000,00	0,0319	31,90	31,90	5,74	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290466 Q: 300,0000 F: 18/09/19 V: 17/09/2021	38220090	700	5102	TI	300,00	0,561	168,30	168,30	30,29	0,00	18,00	0,00
031060	CLOREXIDINA 2% 100ML (VIC PHARMA) L: M26209 Q: 24,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2022	30039099	000	5102	FR	24,00	1,8797	45,11	45,11	8,12	0,00	18,00	0,00
020593	CATETER NASAL TIPO OCULOS (MARKMED) L: 14891 Q: 20,0000 F: 28/02/20 V: 28/02/2024	90183929	000	5102	PC	20,00	0,7049	14,10	14,10	2,54	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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandopolis *Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 18/03/2020 Pedido: 1579065 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1579065 *** 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: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18 / 3 / 2020
ASS.

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100792261174782320000288493
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	42.202
NOSSO NUMERO	17115360000792261
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	21/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.884,93
VALOR COBRADO	2.884,93

NR.AUTENTICACAO C.7CE.8A6.417.6C5.BA6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Rioclarense

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. 1272874 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2728 7417 7986 0609

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200222049795 17/03/2020 19:20:58
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	17/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		17/03/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1272874/1	21/04/2020	2.884,93						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.884,93	431,34	0,00	0,00	2.884,93

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.884,93

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	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
3,00	VOLUME(S)		0,05059	13,342	13,342

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
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AT-032/19 Q: 100,0000 F: 30/06/19 V: 30/05/2021	30049045	000	5102	AP	100,00	0,9398	93,98	93,98	11,28	0,00	12,00	0,00
025600	ACETILCISTEINA 300MG (UNIAO QUIMICA) (ITEM GENERICO) L: 1947858 Q: 20,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021, nFCI: 48D44E71-EA7F-491F-B69A-459A1838C99B	30049059	500	5102	AP	20,00	1,351	27,02	27,02	3,24	0,00	12,00	0,00
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 19110897 Q: 20,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021	30049099	000	5102	FA	20,00	14,0975	281,95	281,95	50,75	0,00	18,00	0,00
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOCHIMICO) L: 008873 Q: 50,0000 F: 30/01/20 V: 30/12/2022, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D1500846756	30042059	500	5102	FA	50,00	9,9264	496,32	496,32	89,34	0,00	18,00	0,00
028215	MEROPENEM 1G (BIOCHIMICO) (ITEM GENERICO) L: 008840 Q: 25,0000 F: 30/12/19 V: 30/11/2021, nFCI: D1538FAF-856B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	30042099	500	5102	FA	25,00	16,45	411,25	411,25	49,35	0,00	12,00	0,00
021727	SULFATO DE POLIMIXINA B 500.000UI (EUROFARMA) (ITEM GENERICO) L: 652782A Q: 25,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021	30042079	000	5102	FA	25,00	27,05	676,25	676,25	81,14	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [illegible]CLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandopolis *Colocar nos [illegible]TI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 18/03/2020 Pedido: 1579060 Autorizacao de [illegible]79060 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre [illegible]l boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 [illegible]302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS [illegible]CMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 [illegible]Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

FAB LOT

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18 / 3 / 2020
ASS. [signature]

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Rioclarense

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. 1272874 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2728 7417 7986 0609

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200222049795 17/03/2020 19:20:58
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		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
025541	METRONIDAZOL 500MG S.FECHADO (FARMACE) L: 20A00 28A Q: 60,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2022	30039076	000	5102	FR	60,00	9,9264	595,58	595,58	107,21	0,00	18,00	0,00
024804	SORO RINGER C/LACTATO 500ML S.FECHADO (EUROFAR MA) L: 654883 Q: 25,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021	30049099	000	5102	FR	25,00	2,772	69,30	69,30	8,32	0,00	12,00	0,00
030876	RETINOL ACETATO,10.000UI, AMINOACIDOS 25 (CRISTALI A/LATIN) L: 19100658 Q: 2,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30049059	000	5102	TB	2,00	9,3984	18,80	18,80	3,38	0,00	18,00	0,00
021942	FENTANILA, CITRATO 78,5MCG 10ML EQUIVALE (HIPOLA BOR) (ITEM GENERICO) L: AS-013/20 Q: 50,0000 F: 28/02/2 0 V: 30/01/2022 *** Portaria 344/98 A1	30049099	000	5102	AP	50,00	3,7594	187,97	187,97	22,56	0,00	12,00	0,00
006178	METADONA 5MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19110100 Q: 40,0000 F: 01/11/19 V: 01/11/2021 *** Portaria 344/98 A1	30049039	000	5102	CP	40,00	0,6627	26,51	26,51	4,77	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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO DO BRASIL

00190614491470943359400002034312182320000055010
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	42.203
NOSSO NUMERO	6144147094
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	21/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	550,10
VALOR COBRADO	550,10

==========

NR.AUTENTICACAO 0.C95.8BC.D92.D95.18D

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 45382
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0304 0278 9400 0750 5500 1000 0453 8210 0008 0230

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135200222216385 17/03/2020 20:33:46

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	17/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	17/03/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		20:25

FATURA / DUPLICATA

001 21/04/2020 550,10

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
528,85	90,13	0,00	0,00	550,10

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	550,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			5,00	5,00

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
37605	BRONQUINHO COLETOR DE SECRECAO 120ML - BIOMEG BIOTEC (Lote: 19A03672, Qtde: 5, Dt Val: 31/12/2021)	90183929	040	5102	UN	5	4,2500	21,25					
37356	COLETOR URINA SIST.FECHADO - ADVANTIVE (Lote: 190406, Qtde: 10, Dt Val: 06/04/2024)	39269030	700	5102	UN	10	2,8000	28,00	28,00	5,04		18,00	
15905	DIPIRONA 10ML GTS GEN - EMS (Lote: 1M5-693, Qtde: 5, Dt Val: 28/02/2022)	30049069	000	5102	FR	5	1,0500	5,25	5,25	0,63		12,00	
20562	SIMETICONA 15ML GTS GEN-EMS (Lote: 1J9-909, Qtde: 4, Dt Val: 30/11/2021)	30049099	500	5102	FR	4	1,9000	7,60	7,60	0,91		12,00	
29211	CORTISONAL 100MG 50 F/A-U.QUIMICA (Lote: 1944747, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021)	30043290	000	5102	CX	1	129,1000	129,10	129,10	23,24		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	
27701	DIMORF 1MG/ML 50/2ML EST-CRISTALIA A1 (Lote: 19080199, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2021)	30044990	000	5102	CX	1	208,0000	208,00	208,00	37,44		18,00	
29392	LEVOZINE 40MG/ML GTS 10/20ML-CRISTALI C1 (Lote: 19110432, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2022)	30049079	000	5102	CX	1	79,4000	79,40	79,40	14,29		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
: Entregar : Dr.raul da cunha bueno 585, mirandópolicolocar nos dados adicionais da nota : UTI mirandópoliconvenio 0107/2017 boleto 35 dias
ITEM 1 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITENS 3 a 4,6 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 3 a 8 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 96,95, Federal, R$ 6,82, Estadual, R$ 90,13
Pedido: 51694
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/03/2020
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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614491519573359500002034312882320000118785
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	42.204
NOSSO NUMERO	6144151957
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	21/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.187,85
VALOR COBRADO	1.187,85

NR.AUTENTICACAO 2.042.39C.05A.8A4.B3A

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1084841
SERIE 1
FOLHA 1/1

DUPATRI HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

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

CHAVE DE ACESSO
5220 0304 0278 9400 0326 5500 1001 0848 4110 0105 7881

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
152203004683612 17/03/2020 22:32:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	17/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	17/03/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		22:23

FATURA / DUPLICATA

001 21/04/2020 1.187,85

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
1.083,91	84,93	0,00	0,00	1.187,85

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.187,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXAS			12,00	12,00

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
28121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX (Lote: 2353615, Qtde: 5, Dt Val: 31/12/2021)	30051030	020	6108	RL	5	5,8200	29,10	24,25	2,91		12,00	
48642	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 800/05-LETI (Lote: 15119, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2024)	30059090	020	6108	CX	1	198,0000	198,00	164,99	19,80		12,00	
34254	LANCETA SEGURANCA 21G C/100 - CRAL (Lote: 1902133701, Qtde: 2, Dt Val: 31/03/2022)	90183999	200	6108	CX	2	18,1500	36,30	36,30	1,45		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	
23549	FUROSEMIDA 20MG 60/2ML GEN - TEUTO (Lote: 9067238, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2021)	30049076	020	6108	CX	1	28,4000	28,40	23,67	2,84		12,00	
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0419073A, Qtde: 3, Dt Val: 30/11/20-21)	30041019	200	6108	CX	3	176,0000	528,00	528,00	21,12		4,00	
26034	CLOR.TRAMADOL 100MG 60/2ML GEN-TEUTO A2 (Lote: 9069314, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/20-21)	30049039	520	6108	CX	1	42,5500	42,55	35,46	4,26		12,00	
33995	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-81951, Qtde: 2, Dt Val: 31/12/2024)	30059090	020	6108	RL	2	9,7500	19,50	16,25	1,95		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 0107/2017boleto 35 dias
ITENS 1 a 2,4 a 5,7 a 8 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITENS 3,6 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITENS 1 a 2,4,8
ITEM 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 5 a 7 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1 a 4,8 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 5 a 7 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1,3 a 4,6,8
ITENS 1,3 a 4,6,8
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 80,48
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 130,92, Federal, R$ 45,99, Estadual, R$ 84,93
Pedido: 1158673
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereco :RUA SAO PAULO SANTOS SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/03/2020
ASS. Regina

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890832501044182330000103699
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	42.205
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.036,99
VALOR COBRADO	1.036,99

NR.AUTENTICACAO 8.FB7.4A9.6EF.76A.063

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandopolis
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 422780
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4227 8010 0014 8585

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131203610430671 10/03/2020 17:50:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	10/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	10 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 1.036,99

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.036,99	50,88	0,00	0,00	1.036,99

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.036,99

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXA			18,10	18,10

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
22994	C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/10 CX.250-EUROPA LT 34611 (1)12/24 (Fornecedor: 4, Lote: 34611, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/01/2020, Data Val: 11/12/2024)	30059090	000	6108	CX	1	98,8100	98,81	98,81	11,86		12,00	
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53218011 (1)01/23 (Fornecedor: 1, Lote: 53218011, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 01/09/2021)	90183219	200	6108	CX	1	5,6100	5,61	5,61	0,22		4,00	
13429	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SOLIDOR LT 52118031 (2)03/23 (Fornecedor: 4, Lote: 52118031, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/05/2019, Data Val: 02/03/2023)	90183219	200	6108	CX	2	5,6400	11,28	11,28	0,45		4,00	
14684	LUVA P/ TOQ.INDIV.TRANSP.C/100-LUPLAST LT 1010 (3)06/23 (Fornecedor: 7736, Lote: 10-10, Qtde: 3 ,Data Fab: 26/11/2019, Data Val: 30/06/2023)	39262000	000	6108	PCT	3	6,2500	18,75	18,75	2,25		12,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 5219S06AA (6)12/20 (Fornecedor: 4, Lote: 5219S06AA, Qtde: 6 ,Data Fab: 24/10/2019, Data Val: 30/12/2020)	90181100	200	6108	PCT	6	12,9800	77,88	77,88	3,12		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 15 B 4...
ITENS 2 a 3,5 a 8 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 135,77
Pedido: 391481
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horari COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG 160413143412222000000007304445.
Setor de Cobranca: (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 11 / 03 / 20
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

Mercadorias avariadas, ou faltas serão repostas se forem relacionadas no conhecimento do transporte

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 422780
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4227 8010 0014 8585

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203610430671 10/03/2020 17:50:35

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	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
25965	LUVA P/ PROCED.N.EST.M -TALGE C/10 LT TLLMT012 (1)06/24 (Fornecedor: 1695, Lote: TLLMT012, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/-2019, Data Val: 30/06/2024)	40151900	200	6108	CX	1	209,3600	209,36	209,36	8,37		4,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0305 (1)12/23 SSSLAA0390 (9)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0305, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/02/2019, Data Val: 30/12/20-23 / Fornecedor: 4, Lote: SSSLAA0390, Qtde: 9 ,Data Fab: 09/09/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183119	200	6108	CX	10	23,5300	235,30	235,30	9,41		4,00	
28522	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-BOMPACK LT ETMW038 (4)09/24 (Fornecedor: 1837, Lote: ETMW038, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/09/201-9, Data Val: 30/09/2024)	63079010	200	6108	PCT	4	95,0000	380,00	380,00	15,20		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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890831701041982330000055991

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	42.206
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	559,91
VALOR COBRADO	559,91

NR.AUTENTICACAO 4.C25.39F.1FE.CAE.7B4

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 422744
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4227 4410 0053 2931

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203610330049 10/03/2020 16:55:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)			45.349.461/0001-02	10/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400		10/03/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 559,91

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
559,91	63,96	0,00	0,00	559,91

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	559,91

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,	POUSO ALEGRE			MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXA			4,67	4,67

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
27329	AZITROMICINA 500MG 3CP REV.GEN-PHARLAB LT 19005104 (10)11/21 (Fornecedor: 2593, Lote: 19005104, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30042029	000	6108	CX	10	2,8600	28,60	28,60	3,43		12,00	
21786	CARVEDILOL 25MG 30CP GEN-EMS LT 1I1174 (1) 09/21 (Fornecedor: 335, Lote: 1I1174, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	6108	CX	1	4,6200	4,62	4,62	0,55		12,00	
26794	PREDNISONA 20MG 20CP GEN-VITAMEDIC LT 519-39 (1)12/21 (Fornecedor: 961, Lote: 51939, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2021)	30043210	000	6108	CX	1	3,8300	3,83	3,83	0,46		12,00	
26077	LUFBEM 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	1,0000	10,00	10,00	1,20		12,00	
28535	SINVASTAMED 40MG 30CP REVEST.-CIMED LT 19-16433 (1)08/21 (Fornecedor: 1666, Lote: 1916433, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30039069	000	6108	CX	1	3,7100	3,71	3,71	0,45		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 41 B 5...
ITEM 12 e 13 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 36,82
Pedido: 391485
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Alíquota do ICMS de 12% conforme Antecipação de Tutela PJEMG 160413143412222000000007304445.
Setor de Cobranca: (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: ... Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 03 / 20
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

RECIVEL
URGENTE

Mercadorias avariadas e/ou faltas só serão repostas se forem relacionadas

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 422744
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4227 4410 0053 2931

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203610330049 10/03/2020 16:55:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	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 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	6,1600	30,80	30,80	3,70		12,00	
12772	FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AS00320 (1)01/22 (Fornecedor: 1898, Lote: AS00320, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 30/01/2022)	30049099	500	6108	CX	1	216,3600	216,36	216,36	25,96		12,00	
3775	SUCCINIL COLIN 100MG 1FAM EV/IM-U.QUIMICA LT 1937052 (6)09/21 (Fornecedor: 1390, Lote: 1937052, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049099	000	6108	FAM	6	10,0900	60,54	60,54	7,26		12,00	
12469	CL.TRAMADOL(A2) 50MG 50CAP GEN-TEUTO (PORT.344/98) LT 2601340 (2)08/21 (Fornecedor: 258, Lote: 2601340, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30049039	000	6108	CX	2	10,0700	20,14	20,14	2,42		12,00	
24856	ESCOPOLAMINA 20MG 100AMP 1ML GEN-FARMACE LT HS20B003 (1)02/22 (Fornecedor: 2385, Lote: HS20B003, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30049099	000	6108	CX	1	114,0800	114,08	114,08	13,69		12,00	
23399	CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.-GEN-EMS LT 1H4851 (1)09/21 (Fornecedor: 335, Lote: 1H4851, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30042029	000	6108	CX	1	26,9300	26,93	26,93	3,23		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19002595 (1)06/21 (Fornecedor: 58, Lote: BF19002595, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	30043100	300	6108	FR	1	20,2200	20,22	20,22	0,81		4,00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006783 (1)11/20 (Fornecedor: 58, Lote: BF18006783, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2018, Data Val: 30/11/2020)	30043100	300	6108	FR	1	20,0800	20,08	20,08	0,80		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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890833301048982330000185075
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	42.207
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.850,75
VALOR COBRADO	1.850,75

NR.AUTENTICACAO C.A75.0FE.AE8.8FF.0EF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 425249
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4252 4910 0068 7083

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131203618747304 17/03/2020 20:55:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	17/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	18 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 1.850,75

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
1.850,75	81,29	0,00	0,00	1.850,75

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.850,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			2,44	2,44

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
14968	HASTES FLEXIVEIS C/75-COTTON LINE LT T3-6L04 (1)02/23 (Fornecedor: 7722, Lote: T3-6L04, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 01/02/2023)	56012190	000	6108	CX	1	1,1500	1,15	1,15	0,14		12,00	
24460	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/50-CIRUFACE LT 19505 (6)09/24 (Fornecedor: 7960, Lote: 19505, Qtde: 6 ,Data Fab: 19/09/2019, Data Val: 18/09/2024)	63079010	200	6108	CX	6	293,3333	1.760,00	1.760,00	70,40		4,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 550N4 (10)02/-25 (Fornecedor: 7737, Lote: 550N4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	90183219	400	6108	CX	10	7,7100	77,10	77,10	9,25		12,00	
14684	LUVA P/ TOQ.INDIV.TRANSP.C/100-LUPLAST LT 1010 (2)06/23 (Fornecedor: 7736, Lote: 10-10, Qtde: 2 ,Data Fab: 26/11/2019, Data Val: 30/06/2023)	39262000	000	6108	PCT	2	6,2500	12,50	12,50	1,50		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 16 B 5...
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 251,85
Pedido: 393973
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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 20/3/2020
ASS. Gabriel C. Lopes

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890825201040182330000142050
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	42.208
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.420,50
VALOR COBRADO	1.420,50

NR.AUTENTICACAO 5.4E5.307.3A9.D8C.A99

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 66280
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0662 8010 0078 1447

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135200198834715 10/03/2020 19:09:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	10/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	10 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 1.420,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.420,50	213,39	0,00	0,00	1.420,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.420,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA 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
3	CAIXA			15,09	15,09

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
27904	ANLODIPINO 5MG 30CP GEN-VITAMEDICANLODIPINO 5MG 30CP GEN-VITAMEDIC LT 051908 (1) 12/2021 (Fornecedor: 961, Lote: 051908, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/12/2019, Data Val: 18/12/2021)	30049069	000	5102	CX	1	1,8000	1,80	1,80	0,22		12,00	
28421	CLOPIDOGREL 75MG 30CP REVEST. GEN-CIMED LT 1921956 (1) 10/2021 (Fornecedor: 1666, Lote: 1921956, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/10/2019, Data Val: 25/10/2021)	30049099	000	5102	CX	1	18,5500	18,55	18,55	2,23		12,00	
16738	ACETILCISTEINA 600MG 16ENV 5G GEN-EMS LT 1L6419 (3) 01/2022 (Fornecedor: 335, Lote: 1L6419, Qtde: 3 ,Data Fab: 23/01/2020, Data Val: 23/01/2022)	30049099	000	5102	CX	3	12,9700	38,91	38,91	4,67		12,00	
22773	MEROPENEM 1G 25FAM GEN-BIOCHIMICO LT 008765 (1) 08/2021 (Fornecedor: 15111, Lote: 008765, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/09/2019, Data Val: 31/08/2021)	30042099	000	5102	CX	1	421,3500	421,35	421,35	50,56		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R2V1R6V1||UTI MIRANDOPOLIS -CONVENIO 0107/2017 . ...
Pedido: 66218
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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 11/03/20
ASS. Dais

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 ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 66280
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0662 8010 0078 1447

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
135200198834715 10/03/2020 19:09:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
9437	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 10MG/G 50G GEN-PRATI DONAD. LT 19J121 (5) 09/2021 (Fornecedor: 9706, Lote: 19J121, Qtde: 5 ,Data Fab: 25/09/2019, Data Val: 25/09/20-21)	30049072	000	5102	TB	5	5,1900	25,95	25,95	3,11		12,00	
12445	AGUA P/ INJECAO 20FR 500ML-SANOBIOL LT 19-105042 (1) 10/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19105042, Qtde: 1 ,Data Fab: 04/10/20-19, Data Val: 04/10/2021)	30049099	000	5102	CX	1	56,0500	56,05	56,05	10,09		18,00	
27283	CLONAZEPAM(B1) 2MG 30CP GEN-PHARLAB (PORT.344/98) LT 19003933 (1) 09/2021 (Fornecedor: 6304, Lote: 19003933, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/09/2019, Data Val: 30/09/20-21)	30049059	000	5102	CX	1	3,4000	3,40	3,40	0,41		12,00	
15231	GABAPENTINA(C1) 300MG 30CAP GEN-EMS (PORT.344/98) LT 1J8076 (1) 09/20-21 (Fornecedor: 335, Lote: 1J8076, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/09/2019, Data Val: 25/09/20-21)	30049099	000	5102	CX	1	12,8000	12,80	12,80	1,54		12,00	
5175	CEFALOTINA 1GR(KEFLIN)50FAM-ABL LT 100516S (1) 02/2022 (Fornecedor: 1000, Lote: 1005-16S, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30042051	000	5102	CX	1	659,5300	659,53	659,53	118,71		18,00	
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB-091/19 (2) 10/2021 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-091/19, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/11/2019, Data Val: 31/10/2021)	30049099	000	5102	CX	2	91,0800	182,16	182,16	21,85		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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890836801044782330000360000
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	42.209
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.600,00
VALOR COBRADO	3.600,00

NR.AUTENTICACAO 0.22E.F59.037.95B.A42

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 427825
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4278 2510 0041 1983

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131203626618645 25/03/2020 22:29:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	25/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	26 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 3.600,00

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
3.600,00	432,00	0,00	0,00	3.600,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	CAIXA			19,76	19,76

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
27672	AVENTAL CIRUR.EST.REF.G ML C/20-POLARFIX LT 32464 (5)10/24 (Fornecedor: 19952, Lote: 32464, Qtde: 5 ,Data Fab: 09/10/2019, Data Val: 09/10/2024)	62101000	000	6108	CX	5	720,0000	3.600,00	3.600,00	432,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 16 B 12...
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 216,00
Pedido: 396439
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (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: 0,20

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 30/03/2020
ASS.

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890826001043982330000098003
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	42.210
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	980,03
VALOR COBRADO	980,03

NR.AUTENTICACAO 3.2A2.3C0.1AE.A6A.DF0

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 66288
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0662 8810 0049 5396

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	**135200198878124 10/03/2020 19:27:22**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	10/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	11 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 980,03

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
948,79	161,73	0,00	0,00	980,03

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	980,03

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA 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
5	CAIXA			25,25	25,25

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
27799	ALGODAO ORT. 15CM X 1MT INDIV. DZ-POLARFIX LT 15140819 (2) 08/2024 (Fornecedor: 1995-2, Lote: 15140819, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/-08/2019, Data Val: 28/08/2024)	30051090	000	5102	PCT	2	7,1600	14,32	14,32	2,58		18,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 50/12 (3) 12/2024 (Fornecedor: 7659, Lote: 50/1-2, Qtde: 3 ,Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 09/12/2024)	90211020	040	5102	DZ	3	6,2600	18,78					
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW260 (4) 10/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW260, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 01/10/2024)	65069900	200	5102	PCT	4	6,9400	27,76	27,76	5,00		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (1) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/11/-2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1	17,4900	17,49	17,49	3,15		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUAA0013 (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0013, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/-2024)	90189010	200	5102	PCT	1	24,8000	24,80	24,80	4,46		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V2R4V3||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . ...
ITEM 7 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 7 ICMS-ST retido por operação anterior base: 12,74 valor: 0,68
Pedido: 66214
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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 13/03/2020
ASS.

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

OK

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

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

N° 66288
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0662 8810 0049 5396

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200198878124 10/03/2020 19:27:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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: 2347, Lote: 20171110, Qtde: 100 ,Data Fab: 10/11/2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	100	1,0500	105,00	105,00	18,90		18,00	
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 250ML-VICPHARMA LT C9037 (2) 07/2021 (Fornecedor: 7744, Lote: C9037, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	33069000	060	5405	CX	2	6,2300	12,46					
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1912239 (1) 12/2021 (Fornecedor: 2612, Lote: 1912239, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/12/2019, Data Val: 06/12/2021)	15121919	000	5102	CX	1	87,5600	87,56	87,56	15,76		18,00	
13140	AG.DESC.40 X 1,2 C/100-DESCARPACK LT SAGAAA084A (4) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA084A, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183219	200	5102	CX	4	7,9300	31,72	31,72	3,81		12,00	
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: 10/10/2017, Data Val: 09/10/2022)	90183929	200	5102	CX	1	34,8500	34,85	34,85	6,27		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA0364 (5) 02/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0364, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/03/2019, Data Val: 28/02/2024)	90183119	200	5102	CX	5	23,8200	119,10	119,10	14,29		12,00	
23675	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-DANNY LT DCSV-010/18 (1) 06/2023 (Fornecedor: 2413, Lote: DCSV-010/18, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 30/06/2023)	39262000	200	5102	CX	1	134,6800	134,68	134,68	24,24		18,00	
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/20-0-MARK MED LT 14649 (1) 12/2023 (Fornecedor: 164, Lote: 14649, Qtde: 1 ,Data Fab: 31/12/2019, Data Val: 31/12/2023)	90183929	000	5102	CX	1	127,7600	127,76	127,76	23,00		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 25082019 (1) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 25082019, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/08/2019, Data Val: 25/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	1	26,8700	26,87	26,87	4,84		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEAAA0018 (2) 06/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0018, 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	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA021N (1) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA021N, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183929	200	5102	CX	1	72,0800	72,08	72,08	12,97		18,00	
13584	CATETER IV 24G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA024L (1) 06/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA024L, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	CX	1	85,8600	85,86	85,86	15,45		18,00	

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO BRADESCO S.A.

23793394079008400002670000002009982330000136906
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	42.211
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.369,06
VALOR COBRADO	1.369,06

==========

NR.AUTENTICACAO E.E99.F58.101.961.026

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

23

Identificação do emitente

CIRURGICA FERNANDES
C.MAT.CIR.HO.SO.LTDA
ALAMEDA AFRICA 570 LOTE Y
TAMBORE
SANTANA DE PARNAIBA – SP
CEP 06543-306 – 1141520500

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1199017 – FL 1 / 1
SÉRIE 4

CHAVE DE ACESSO
3520 0361 4180 4200 0131 5500 4001 1990 1717 1675 4076

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS DE MERCADORIAS		135200239609802 23/03/2020 19:45:24
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
623112422119		61.418.042/0001-31

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	23/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SL03	JD ARIANO	16400-400		
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1435325198	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR
1199017/001	22/04/2020	1.369,06									

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
1.369,06	246,43	0,00	0,00	1.369,06

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	1.369,06

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
ATIVA DISTRIBUIDORA E LOGISTICA LTDA.	0 - Por conta do emitente				01.125.797/0001-16

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
A. PORTUAL 400 GP 1B, 2B E 3A	ITAPEVI	SP	114598925110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUMES	CIRURGICA		1,200	1,140

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO/SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	B CÁLC. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR ICMS ST	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
GC8011A14S	SONDA DE ASPIRACAO SISTEMA FECHADO TRAQUEAL 14FR WILTEX | Lote:20160410, Validade 28/03/21, Quantidade:20	90183929	600	5102	PC	20	68,453	1.369,06	1.369,06	0,00	246,43	0,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
64.484	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

| Rep: 10.080 - ERICA SANTOS DA SILVA \| Ped Cliente: 1636411 Rota: 1502 \| N Ped: 1636411 EXP/ \| Transp: 1502 - ATIVA_2 \| Obs: UTI Mirandpolis Convenio 0107/2017 \| Cod Cliente:36330 \| LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 26/3/20
ASS. Isabel C. Sayo 0, 0120

RESERVADO AO FISCO

ABEC

239893

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890827901043982330000267273
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	42.212
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.672,73
VALOR COBRADO	2.672,73

NR.AUTENTICACAO 6.5FD.A81.D15.6B5.471

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 68259
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0682 5910 0134 1497

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	**135200222321141 17/03/2020 21:22:55**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	17/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	18 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 2.672,73

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
2.484,88	407,46	0,00	0,00	2.672,73

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.672,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA 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
8	CAIXA			70,12	70,12

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
27521	AVENTAL DESC.ML 20GR BR C/PUNHO C/10-FOX LT 143/19 (10) 05/2022 (Fornecedor: 2416, Lote: 143/19, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/2-019, Data Val: 30/05/2022)	62101000	000	5102	PCT	10	18,4900	184,90	184,90	33,28		18,00	
25127	AT.CREPE 15X4,5(1,8)13F DZ-EUROPA LT 35814 (2) 01/2025 (Fornecedor: 19952, Lote: 358-14, Qtde: 2 ,Data Fab: 24/01/2020, Data Val: 24/01/2025)	30059090	500	5102	DZ	2	7,8200	15,64	15,64	2,82		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW260 (20) 10/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW260, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 01/10/2024)	65069900	200	5102	PCT	20	7,2000	144,00	144,00	25,92		18,00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA024I (1) 06/20-24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA024I, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	CX	1	72,0800	72,08	72,08	12,97		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (1) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/11/-2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1	18,7300	18,73	18,73	3,37		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V3R4V5||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . ...
ITEM 7 Isento ICMS conf. Convenio 126 de 24/09/2010
ITENS 8 a 10 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEM 12 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 12 ICMS-ST retido por operação anterior base: 31,85 valor: 1,70
Pedido: 68219
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,44

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/3/20
ASS: Isabel C. de Souza

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 ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA | 1

Nº 68259
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0682 5910 0134 1497

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200222321141 17/03/2020 21:22:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
13501	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLIDOR LT 13419061 (1) 06/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 13419061, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	PC	1	16,0900	16,09	16,09	2,90		18,00	
22010	FRASCO P/ DREN.TORAX C/EXT 2000ML-BIOTEC LT 19/A03031 (3) 09/2021 (Fornecedor: 771-0, Lote: 19/A03031, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	90183929	040	5102	UND	3	17,1900	51,57					
26437	DRENO DE TORAX N.30 PC-MED SHARP REF. 1.0-211.01 LT DT22101930A1 (1) 10/2021 (Fornecedor: 1452, Lote: DT22101930A1, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/10/2019, Data Val: 22/10/20-21)	90183929	040	5102	UND	1	3,9100	3,91					
26438	DRENO DE TORAX N.32 PC-MED SHARP REF. 1.0-212.01 LT DT12121932A1 (2) 12/2021 (Fornecedor: 1452, Lote: DT12121932A1, Qtde: 2 ,Data Fab: 17/12/2019, Data Val: 12/12/20-21)	90183929	040	5102	UND	2	3,9100	7,82					
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19-05G-REF.490084 LT 2000005648 (10) 01/2023 (Fornecedor: 1496, Lote: 2000005648, Qtde: 10 ,Data Fab: 02/02/2020, Data Val: 13/01/2023)	90183921	040	5102	PC	10	9,3400	93,40					
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	14,0100	84,06	84,06	15,13		18,00	
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 25-0ML-VICPHARMA LT C9037 (5) 07/2021 (Fornecedor: 7744, Lote: C9037, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)	33069000	060	5405	CX	5	6,2300	31,15					
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 3447M4 (2) 08/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 3447M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 31/08/2024)	90183219	400	5102	CX	2	6,6600	13,32	13,32	1,60		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4672M4 (2) 11/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4672M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 19/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	400	5102	CX	2	6,6600	13,32	13,32	1,60		12,00	
11612	SERINGA DESC.03ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA417A (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA417A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90183119	200	5102	CX	1	15,1200	15,12	15,12	1,81		12,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA406B (10) 06/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA406B, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183119	200	5102	CX	10	24,5400	245,40	245,40	29,45		12,00	
11615	SERINGA DESC.20ML SLIP C/50-DESCARPACK LT SSSLAA0401 (16) 05/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA0401, Qtde: 16 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	90183119	200	5102	CX	16	23,5300	376,48	376,48	45,18		12,00	
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SVIJAA005S (1) 01/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SVIJAA005S, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)	39262000	200	5102	CX	1	341,0700	341,07	341,07	61,39		18,00	
16983	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-NUGARD LT 349-3440 (2) 04/2024 (Fornecedor: 7976, Lote: 3493440, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	40151900	200	5102	CX	2	256,4800	512,96	512,96	92,33		18,00	
16984	LUVA P/PROCED.N.EST.G C/10-NUGARD LT 3493-560 (1) 04/2024 (Fornecedor: 7976, Lote: 3493560, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	40151900	200	5102	CX	1	256,5800	256,58	256,58	46,18		18,00	

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

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26, 309 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA | 1

Nº 68259
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0682 5910 0134 1497

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200222321141 17/03/2020 21:22:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310026C (1) 02/2025 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310026C, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/02/2020, Data Val: 10/02/2025)	48191000	000	5102	CX	1	71,2700	71,27	71,27	12,83		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 25082019 (2) 08/2022 (Fornecedor: 2347, Lote: 25082019, Qtde: 2 ,Data Fab: 25/08/2019, Data Val: 25/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	2	29,2200	58,44	58,44	10,52		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEAAA0019 (2) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0019, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90189099	200	5102	PCT	2	22,7100	45,42	45,42	8,18		18,00	

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000089890829501049182330000089810
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	42.213
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	898,10
VALOR COBRADO	898,10

NR.AUTENTICACAO B.056.FFE.234.8C1.88B

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 68318
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0683 1810 0099 5917

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: 135200224303271 18/03/2020 11:58:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	18/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	18 MAR 2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA / DUPLICATA

001 22/04/2020 898,10

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
898,10	154,11	0,00	0,00	898,10

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	898,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA 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
8	CAIXA			17,79	17,79

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
16738	ACETILCISTEINA 60-0MG 16ENV 5G GEN-EMS LT 1L6419 (5) 01/2022 (Fornecedor: 335, Lote: 1L6419, Qtde: 5 ,Data Fab: 23/01/2020, Data Val: 23/01/20-22)	30049099	000	5102	CX	5	12,9700	64,85	64,85	7,78		12,00	
23399	CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.-GEN-EMS LT 1I6717 (2) 10/2021 (Fornecedor: 335, Lote: 1I6717, Qtde: 2 ,Data Fab: 15/-10/2019, Data Val: 15/10/2021)	30042029	000	5102	CX	2	29,0000	58,00	58,00	6,96		12,00	
8422	AGUA P/ INJEÇAO 200AMP 10ML PL-EQUIPLEX LT 2030276 (4) 02/2022 \ LT 2030277 (1) 02/2-022 (Fornecedor: 104, Lote: 2030276, Qtde: 4 ,Data Fab: 11/02/2020, Data Val: 10/02/-2022 / Fornecedor: 104, Lote: 2030277, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/02/2020, Data Val: 10/02/2022)	30049099	000	5102	CX	5	140,0000	700,00	700,00	126,00		18,00	
14081	CLORETO POTASSIO 19,1% 20-0AMP 10ML PL-FARMACE LT 19M9431C (1) 12/2-021 (Fornecedor: 2385, Lote: 19M9431C, Qtde: 1 ,Data Fab: 21/12/2019, Data Val: 21/12/2021)	30039099	000	5102	CX	1	51,0000	51,00	51,00	9,18		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R3V6R1V1||UTI MIRANDOPOLIS - CPONVENIO 0107/2017 . ...
Pedido: 68218
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (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: 0,05

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20 / 3 / 2020
ASS. Isabel C. Souza

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

OK

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 68318
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0683 1810 0099 5917

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
135200224303271 18/03/2020 11:58:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
188.070.970.117		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
27643	FLUOXETINA 20MG 30CAP GEN-VITAMEDIC LT 51-521 (1) 09/2021 (Fornecedor: 961, Lote: 51521, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2021)	30049039	000	5102	CX	1	3,0500	3,05	3,05	0,37		12,00	
24050	QUETIPIN(C1) 25MG 30CP REV.-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 20010951 (4) 01/2022 (Fornecedor: 727, Lote: 20010951, Qtde: 4 ,Data Fab: 22/01/2020, Data Val: 22/01/20-22)	30049079	000	5102	CX	4	5,3000	21,20	21,20	3,82		18,00	

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100793299173682340000120260
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	42.214
NOSSO NUMERO	17115360000793299
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	23/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.202,60
VALOR COBRADO	1.202,60

NR.AUTENTICACAO A.651.3FD.9E6.522.936

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Rioclarense

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. 1274181 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2741 8119 1136 0502

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200229006270 19/03/2020 15:15:34
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	19/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	19/03/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1274181/1	23/04/2020	1.202,60						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.202,60	216,47	0,00	0,00	1.202,60

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.202,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,01987	23,380	23,380

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
031082	DETERGENTE ENZIMATICO (4 ENZIMAS) 1000ML (VIC PHA RMA) L: S4312 Q: 12,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021	35079049	000	5102	L	12,00	24,80	297,60	297,60	53,57	0,00	18,00	0,00
030360	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (DESCARTEE) L: 200 1 Q: 500,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2025	63079010	000	5102	PC	500,00	1,81	905,00	905,00	162,90	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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [redacted]OS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandopolis * UTI [redacted]enio 0107/2017 DATA ENTREGA: 20/03/2020 Pedido: 1579507 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): [redacted]mento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-[redacted]mse.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** [redacted]e: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: [redacted] DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23 / 3 / 2020
ASS. Izabel C. de Sousa

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000405455601012282350000106200
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	42.215
DATA DE VENCIMENTO	24/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.062,00
VALOR COBRADO	1.062,00

NR.AUTENTICACAO F.A28.077.90D.527.D12

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

HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD NUTR LTDA

RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO
17015-022 BAURU SP
Telefone(14) 3366-6900

Humana Alimentar

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 46650
Série 0
FL 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0302 7864 3600 0183 5500 0000 0466 5014 6397 7189

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO		
VENDAS MERC.AD/REC.TERC		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR.EST.DO SUBST.TRIBUTÁRIO	CNPJ
209248284110		02.786.436/0001-83

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200198417200 10/03/2020 17:05:18

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	10/03/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	
RUA 7 DE SETEMBRO, 529	CENTRO		16200-000	10/03/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA / ENTRADA
BILAC	1435325198	SP		17:04

FATURA

0 - À vista
1 - À prazo 1

24/04/2020 1.062,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR FCP-ST	VLR APROX TRIBUTOS (LEI 12.741/2012)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	334,53	1.062,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.062,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTES	0-CIF				15066184000160
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA MARIA CERON VOLPE, 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			6,000	6,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DOS PRODUTOS	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CRT	CST	CFOP	UN	QTDE	VLR UNITÁRIO	VLR TOTAL	DESC.	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
54	KABIVEN 1900 KCAL / 2053 ML Lote 10NE7519 Val 30-04-21 Qtd 3,00 Vlr aprox. tributos RS 334,53 (31,5000%. Conf.Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	3,000	354,0000	1.062,00						

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 03 / 2020
ASS.

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

ICMS Desonerado 0,00 **ICMS FCP p/UF dest** **Vlr ICMS Inter. p/destino** **Vlr ICMS Inter. p/remetente** **Vlr IPI devol.** 0,00

Ind. presença 3=Operação não presencial, Teleatendimento

PEDIDO ENVIADO POR SILMARA SJRP DIG POR LEANDRO. UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017. ENDERECO DE ENTREGA RUA DR RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS. MONTADO E FAT POR VICTOR.

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614316786773359300002034312382350000072516
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	42.216
NOSSO NUMERO	6143678677
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	24/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	725,16
VALOR COBRADO	725,16

NR.AUTENTICACAO 4.57C.08A.F4F.C50.C45

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 43139
SERIE 1
FOLHA 1/1

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

CHAVE DE ACESSO
3520 0304 0278 9400 0750 5500 1000 0431 3910 0015 6058

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS/VENDA.MERC.ADQ.TERC.SUJ.REG.SUBS TRIB CO	135200199073023 10/03/2020 20:52:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	10/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	10/03/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		20:51

FATURA / DUPLICATA

001 24/04/2020 725,16

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
711,91	122,23	0,00	0,00	725,16

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	725,16

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXAS			17,00	17,00

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
15905	DIPIRONA 10ML GTS GEN - EMS (Lote: 1L4-172, Qtde: 10, Dt Val: 31/12/2021)	30049069	000	5102	FR	10	1,0500	10,50	10,50	1,26		12,00	
49467	OMEPRAZOL 20MG C/56 CAP GEN - PHARLAB (Lote: 20000502, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-1/2022)	30049069	000	5102	CX	1	4,0000	4,00	4,00	0,48		12,00	
2229	FLUIMUCIL 10% 5/3ML - ZAMBON (Lote: 28-004373, Qtde: 4, Dt Val: 31/01/2021)	30049099	200	5102	CX	4	6,6500	26,60	26,60	4,79		18,00	
21476	DIPIFARMA 100/2ML-FARMACE (Lote: DP20A-017, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022)	30039099	000	5102	CX	1	54,2100	54,21	54,21	9,76		18,00	
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	
35910	HIPOFLOX IV 200MG 100ML C/01 BOLSA - HYPOFARMA (Lote: 19111440, Qtde: 10, Dt Val: 30/11/2021)	30032099	000	5102	CX	10	23,2300	232,30	232,30	41,81		18,00	
20650	XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRI-SESTERIL-COM APLICADOR (Lote: 19110264, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021)	30049043	000	5102	CX	1	42,1000	42,10	42,10	7,58		18,00	
46918	CLISTEROL 12% 500ML CX C/20 - JP PHARMA (Lote: 885619, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/-2021)	30049099	000	5102	CX	1	84,0000	84,00	84,00	10,08		12,00	
37508	APARELHO BARBEAR DESC.C/24 - BIC	82121020	460	5405	CX	1	13,2500	13,25					

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 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 8 ALIQUOTA 12% CONF. INCISO XVII DO ART.54RICMS/SP
ITEM 9
ITEM 6 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 5,7 a 8 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 9 MERCADORIA RECOLHIDA POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA CONFORME ARTIGO 274
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 123,46, Federal, R$ 1,23, Estadual, R$ 122,23
Pedido: 48808
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
NOTA FISCAL EMITIDA POR SUBST. TRIBUTARIA CONFORME ARTIGO 313-A

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 03 / 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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614319382723359900002034312182350000024030
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	42.217
NOSSO NUMERO	6143938272
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	24/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	240,30
VALOR COBRADO	240,30

NR.AUTENTICACAO F.7BE.C70.D57.0E5.92C

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 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

dupatri HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1082740
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0304 0278 9400 0326 5500 1001 0827 4010 0063 4050

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152202984448433 10/03/2020 15:39:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	10/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	10/03/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		15:36

FATURA / DUPLICATA

001 24/04/2020 240,30

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
206,02	21,95	0,00	0,00	240,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	240,30

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXAS			9,00	9,00

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
945	APRESOLINA 50MG C/20 DRG - NOVARTIS (Lote: 1938883, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2021)	30049069	020	6108	CX	1	7,8500	7,85	6,54	0,78		12,00	
26394	LEVOTIROXINA SODICA 25MCG C/30CP GEN -MERCK (Lote: BR116692, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2021)	30043981	520	6108	CX	1	2,2000	2,20	1,83	0,22		12,00	
26034	CLOR.TRAMADOL 100MG 60/2ML GEN-TEUTO A2 (Lote: 9069300, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/20-21)	30049039	520	6108	CX	1	42,5500	42,55	35,46	4,26		12,00	
33684	LANCETA SEGURANCA 28G C/100 - CRAL REF LAN28GVN (Lote: 1903135402, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2022)	90183999	200	6108	CX	2	17,3500	34,70	34,70	1,39		4,00	
36559	FRALDA GERIAT.TAM.EG C/7 - SLIM	96190000	020	6108	PCT	20	7,6500	153,00	127,49	15,30		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

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 a 3,5 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 4 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 5
ITEM 4 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1,4 a 5 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 2 e 3 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1,4 a 5
ITENS 1,4 a 5
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 14,51
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 34,69, Federal, R$ 12,74, Estadual, R$ 21,95
Pedido: 1156436
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereco :RUA SAO PAULO SANTOS SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 03 / 2020
ASS.

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100790034177782350000013920
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	42.218
NOSSO NUMERO	17115360000790034
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	24/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	139,20
VALOR COBRADO	139,20

NR.AUTENTICACAO B.49C.0FE.CF8.E59.7EC

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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. 1269779 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2697 7911 7644 9965

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200199066046 10/03/2020 20:49:55
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	10/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	10/03/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1269779/1	24/04/2020	139,20						

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
139,20	25,06	0,00	0,00	139,20

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	139,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00001	0,136	0,136

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
030822	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 20 02 Q: 1.000,0000 F: 01/02/20 V: 28/02/2025	30059090	000	5102	PC	1.000,00	0,0319	31,90	31,90	5,74	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290459 Q: 200,0000 F: 31/08/19 V: 30/08/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,5365	107,30	107,30	19,32	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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [redacted]LAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA [redacted]o: 1572852 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1572852 *** O pagamento devera ser realizado [redacted] fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone [redacted]rança 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 Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/03/2020
ASS.

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:55:59
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100790002174882350000081973
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	42.219
NOSSO NUMERO	17115360000790002
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	24/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	819,73
VALOR COBRADO	819,73

NR.AUTENTICACAO B.F25.B29.5B9.892.03F

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

Identificação do emitente

Rioclarense

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. 1269733 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2697 3318 1914 6464

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200198986496 10/03/2020 20:17:28
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	10/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	10/03/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1269733/1	24/04/2020	819,73						

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
819,73	131,69	0,00	0,00	819,73

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	819,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,03821	17,815	17,815

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
014053	AMIODARONA 50MG/ML, CLORIDRATO (HIPOLABOR) (ITE M GENERICO) L: AD-036/19 Q: 100,0000 F: 30/09/19 V: 30/08/ 2021, nFCI: 9383B27E-BE77-4729-8401-213E9C13D511	30049054	500	5102	AP	100,00	1,7035	170,35	170,35	20,44	0,00	12,00	0,00
022820	BROMOPRIDA 10MG/2ML (HIPOLABOR) (ITEM GENERICO) L: AT-029/19 Q: 100,0000 F: 30/06/19 V: 30/05/2021	30049045	000	5102	AP	100,00	0,9398	93,98	93,98	11,28	0,00	12,00	0,00
031376	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (CRISTALIA) L: A123 06A2 Q: 10,0000 F: 21/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	14,568	145,68	145,68	26,22	0,00	18,00	0,00
029072	METOPROLOL 1MG/ML, TARTARATO (CRISTALIA) L: 190 70714 Q: 10,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30049039	000	5102	AP	10,00	19,384	193,84	193,84	34,89	0,00	18,00	0,00
031284	ALCOOL 70% 1000ML (JALLES MACHADO) L: 20.039-70 Q: 12,0000 F: 01/02/20 V: 28/02/2023	38089429	000	5102	FR	12,00	4,55	54,60	54,60	9,83	0,00	18,00	0,00
025578	AGUA PARA INJECAO 10ML (FARMACE) L: 20B8119C Q: 200,0000 F: 04/02/20 V: 04/02/2022 L: 20B8131C Q: 200,0000 F : 06/02/20 V: 06/02/2022	30039099	000	5102	AP	400,00	0,4032	161,28	161,28	29,03	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 Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - [redacted]COES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA [redacted]2842 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1572842 *** O pagamento devera ser realizado [redacted] caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone [redacted]rivado. 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 Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11/03/2020
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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:56:00
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029008500000934000107705182330000136000
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	42.220
DATA DE VENCIMENTO	22/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.360,00
VALOR COBRADO	1.360,00
NR.AUTENTICACAO	5.0B5.DB3.B7E.65A.21C

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FIS(	VALOR NOTA R$ 1.360,00	NF-e Nº: 000.119.307 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

biomedical®

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 - Saída [1]

Nº 000.119.307
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0351 9436 4500 0107 5500 1000 1193 0710 0464 0325

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA PRODUCAO PROPRIA	135200238889914 - 23/03/2020 15:40:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	23/03/2020
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	23/03/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	(14) 3541-1544	SP		15:40:30

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	22/04/2020	1.360,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.360,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220,32	1.360,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			1,960	1,400

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 35105 QT: 20	90183929	0 40	5101	UN	20	68,000000	1.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	220,32

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 25 / 03 / 2020
ASS.

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 93423 - P. PEDIDO DO CLIENTE: E-MAIL 230320. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 57,12 (4,20%) Estadual: R$ 163,20 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO OITAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.ENTREGA DR RAUL CUNHA BUENO,585 MIRANDOPOLIS A/C THAIS UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017	231 041 211

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.56.00
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R$ 100.794,90
DEBITO EM: 24/04/2020
==========
DOCUMENTO: 042401
AUTENTICACAO SISBB: 2.A9F.67B.0CD.E55.529

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
280

Data e Hora da Emissão	23/04/2020 16:24:34	Competência	23/4/2020	Código de Verificação	U7SPKKUYB
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 Março 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 2-Não	(=) Valor do ISSQN R$	2.148,00

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

241
211

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:56:00
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614319386073359600002034312182360000088000
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	42.701
NOSSO NUMERO	6143938607
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	25/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	27/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	880,00
VALOR COBRADO	880,00

NR.AUTENTICACAO B.CD3.142.744.44D.16B

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 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

HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1083185
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0304 0278 9400 0326 5500 1001 0831 8510 0045 5117

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152202988019691 11/03/2020 18:57:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	11/03/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	11/03/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		18:47

FATURA / DUPLICATA

001	25/04/2020	880,00

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
880,00	35,20	0,00	0,00	880,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	880,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			4,50	4,50

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
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0419072A, Qtde: 5, Dt Val: 30/11/20-21)	30041019	200	6108	CX	5	176,0000	880,00	880,00	35,20		4,00	

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 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 70,40
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 35,20, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 35,20
Pedido: 1156916
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 12/03/2020
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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:56:00
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000405377001010182370000198400
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	42.702
DATA DE VENCIMENTO	26/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	27/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.984,00
VALOR COBRADO	1.984,00

NR.AUTENTICACAO 3.047.EC1.760.D9F.AF3

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD NUTR LTDA
OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEPTOR

NF-e Nº 46502 Série 0 FL 1 1

HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD NUTR LTDA

RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO
17015-022 BAURU SP
Telefone(14) 3366-6900

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 46502
Série 0
FL 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0202 7864 3600 0183 5500 0000 0465 0210 4227 8725

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
135200157843283 26/02/2020 15:48:40

NATUREZA DE OPERAÇÃO		
VENDAS MERC.AD/REC.TERC		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR.EST.DO SUBST.TRIBUTÁRIO	CNPJ
209248284110		02.786.436/0001-83

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	26/02/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	
RUA 7 DE SETEMBRO, 529	CENTRO		16200-000	26/02/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA / ENTRADA
BILAC	1435325198	SP		15:47

FATURA

0 - A vista	27/03/2020	1.984,00
1 - A prazo 1	26/04/2020	1.984,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR FCP-ST	VLR APROX TRIBUTOS (LEI 12.741/2012)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.249,92	3.968,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.968,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOGUEIRA E ROSA TRANSP LTDA EPP	0-CIF				09080035000152

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA WALDEMAR PEREIRA DA SILVEIRA, 3-50	BAURU	SP	209398356114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CX			25,000	25,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DOS PRODUTOS	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CRT	CST	CFOP	UN	QTDE	VLR UNITÁRIO	VLR TOTAL	DESC.	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
53	KABIVEN 900 KCAL / 1026 ML Lote 10ND6626 Val 30-03-21 Qtd 4,00 Vlr aprox. tributos RS 357,84 (31,5000%. Conf.Lei 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 RS 892,08 (31,5000%. Conf.Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	8,000	354,0000	2.832,00						

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 28/02/2020
ASS.

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

ICMS Desonerado 0,00 | ICMS FCP p/UF dest | Vlr ICMS Inter. p/destino | Vlr ICMS Inter. p/remetente | Vlr IPI devol. 0,00

Ind. presença 3=Operação não presencial, Teleatendimento

.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.

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:56:00
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000405489001015482380000106200
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	42.703
DATA DE VENCIMENTO	27/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	27/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.062,00
VALOR COBRADO	1.062,00

NR.AUTENTICACAO 2.E13.B47.C7D.31E.884

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

HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD NUTR LTDA

RUA CUSSY JUNIOR, 13-12, CENTRO
17015-022 BAURU SP
Telefone(14) 3366-6900

Humana Alimentar

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 46692
Série 0
FL 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0302 7864 3600 0183 5500 0000 0466 9216 2413 6741

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO		
VENDAS MERC.AD/REC.TERC		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR.EST.DO SUBST.TRIBUTÁRIO	CNPJ
209248284110		02.786.436/0001-83

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200211078286 13/03/2020 17:08:23

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	13/03/2020
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP	
RUA 7 DE SETEMBRO, 529		CENTRO	16200-000	13/03/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA SAÍDA / ENTRADA
BILAC	1435325198	SP		17:07

FATURA

0 - A vista
1 - A prazo 1

27/04/2020 1.062,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO ICMS	VALOR ICMS	BASE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR FCP-ST	VLR APROX TRIBUTOS (LEI 12.741/2012)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	334,53	1.062,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.062,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTES	0-CIF				15066184000160
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA MARIA CERON VOLPE, 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			7,000	7,000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO DOS PRODUTOS	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CRT	CST	CFOP	UN	QTDE	VLR UNITÁRIO	VLR TOTAL	DESC.	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	Aliq ICMS	Aliq IPI
54	KABIVEN 1900 KCAL / 2053 ML Lote 10NE7519 Val 30-04-21 Qtd 3,00 Vlr aprox. tributos R$ 334,53 (31,5000%. Conf.Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	3	260	5405	UN	3,000	354,0000	1.062,00						

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 16/03/2020
ASS.

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

ICMS Desonerado 0,00 ICMS FCP p/UF dest Vlr ICMS Inter. p/destino Vlr ICMS Inter. p/remetente Vlr IPI devol. 0,00

Ind. presença 3=Operação não presencial, Teleatendimento

PEDIDO ENVIADO POR SIL SJRP. DIG POR LEANDRO UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017. LOCAL DE ENTREGA: DR. RAUL DA CUNHA BUENO, 585. MIRANDOPOLIS. MONTADO E FAT POR LUCAS

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:56:00
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090224871700700021324173182400000023232
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	42.704
NOSSO NUMERO	22487170000021324
CONVENIO	02248717
DATA DE VENCIMENTO	29/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	27/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	232,32
VALOR COBRADO	232,32

NR.AUTENTICACAO 0.981.2AB.F2D.BCA.E92

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

CENTERMAQ Marília-SP	**NOTA DE LOCAÇÃO FATURA** Nº 000019085 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO **Nome / Carimbo / Assinatura**	**RG:** **Data do Recebimento:** ___/___/_____

CENTERMAQ Marília-SP	CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA RUA MARTIN WESTPHAL, 220 14-3311-7888 17539-006 MARILIA / SP contato@centermaq.com 62.771.316/0001-34 I.E: 438.076.337.119	**NOTA DE LOCAÇÃO FATURA** Nº 000019085 **Data Emissão** 16/04/2020

Nº Fatura	Valor R$	Vencimento	
000019085	232,32	29/04/2020	

Pagador
ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço
AV JOSE A RODRIGUES 303

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

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso
DUZENTOS E TRINTA E DOIS REAIS E TRINTA E DOIS CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 17/03/2020 A 16/04/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414	1	232,32	0,00	232,32
	Valor total da nota R$		0,00	232,32

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.

BANCO DO BRASIL **001-9** 00190.00009 02248.717007 00021.324173 1 82400000023232

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento **29/04/2020**

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	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
16/04/2020	000019085/1	DM	N	16/04/2020

Nosso Número 22487170000021324

Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor
	17	R$		

(=) Valor do Documento **232,32**

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.)
NAO DISPENSAR JUROS DE MORA
COBRAR JUROS DE R$ 0,31 AO DIA
NAO CONCEDER DESC. PROTESTAR APOS 5 DIAS

(-) Desconto

(-) Outras Deduções / Abatimentos

(+) Mora / Multa / Juros

(+) Outros Acréscimos

(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414
AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03
16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP
Pagador/Avalista

CPF / CNPJ
45.349.461/0001-02
Código de Baixa
22487170000021324

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

27/04/20

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

03/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:56:00
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001002601011554100282400000008021
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	42.705
DATA DE VENCIMENTO	29/04/2020
DATA DO PAGAMENTO	27/04/2020
VALOR DO DOCUMENTO	80,21
VALOR COBRADO	80,21

NR.AUTENTICACAO C.897.5C3.6A2.8C4.29A

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGIH RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP:16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**

Nº 000145942 FL. 1 /1
SÉRIE 001

CHAVE DE ACESSO
3520 0403 7487 6900 0180 5500 1000 1459 4214 5564 3697

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

NATUREZA DE OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135200264193006 01/04/2020 18:48:31

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF
214073629113		03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	01/04/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA SAÍDA / ENTRADA**
RUA SETE SETEMBRO, 529	CENTRO	16210-000		01/04/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
BILAC	(18)3659-1411	SP		18:48:18

FATURA

PAGAMENTO	NÚMERO	VALOR ORIGINAL	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
DADOS DA FATURA	145942	80,21	0,00	80,21

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	29/04/2020	80,21									

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
0,00	0,00	0,00	0,00	11,96	80,21
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	80,21

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

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	ALÍQUOTAS IPI
0000000004931	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
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,00	11,90	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS:Valor Aproximado dos Tributos R$: 9,82 Federal, 2,14 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (6A098E).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 2 /04/20
ASS.

Transmitido por DocFis

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.56.00
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: 545-5

FAVORECIDO: LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACE
CPF/CNPJ: 05.968.765/0001-33
VALOR: R$ 150,00
DEBITO EM: 27/04/2020
==========
DOCUMENTO: 042706
AUTENTICACAO SISBB: A.913.2E8.286.820.B36

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.001.916 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA ME

RUA DR. EDGAR RAIMUNDO DA COSTA, 105 - - CENTRO,
Mirandopolis, SP - CEP: 16800000 - Fone/Fax: 1837014948

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.001.916
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520 0405 9687 6500 0133 5500 1000 0019 1616 0380 0402

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA A VISTA	135200271210665 - 04/04/2020 11:23

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ
449068075110		05.968.765/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	04/04/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE ENTRADA/SAÍDA**
JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 -	CENTRO		16400-400	
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
Lins		SP		

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	150,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	150,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	9 - Sem Frete				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
1	HIDROXICLOROQUINA 400MG. CONTEM 60 DOSES.	30039099	0103	5102	UND	1,0000	150,0000	150,00					

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

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
34000800			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 04/04/20 ASS. Isabel C. de Souza

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
03/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 14.56.00
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS
CONTA: 545-5

FAVORECIDO: LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACE
CPF/CNPJ: 05.968.765/0001-33
VALOR: R$ 90,00
DEBITO EM: 27/04/2020
==========
DOCUMENTO: 042707
AUTENTICACAO SISBB: 6.F6D.FB8.79D.E56.6B4

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.001.913
SÉRIE: 1

LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA ME

RUA DR. EDGAR RAIMUNDO DA COSTA, 105 - - CENTRO,
Mirandopolis, SP - CEP: 16800000 - Fone/Fax: 1837014948

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.001.913
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520 0305 9687 6500 0133 5500 1000 0019 1318 7600 0005

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
venda a vista	135200248030823 - 26/03/2020 15:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ
449068075110		05.968.765/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	26/03/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE ENTRADA/SAÍDA**
JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 -	CENTRO		16400-400	
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
Lins		SP		

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	90,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	90,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - Emitente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
1	DIFOSFATO DE CLOROQUINA 250MG C/120 DOSES	30039099	0103	5102	UND	1,0000	90,0000	90,00					

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 Mirandopolis
Tipo de Despesa. Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
34000800			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 26/3/20 ASS.

30/04/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:45:47
679006790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA 30/04/2020
NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231
VALOR TOTAL 425.238,05
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

NR.AUTENTICACAO 2.33E.AA8.1DE.4FE.8FB

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

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP8.40 (15/04/2020)

DATA: 15/04/2020
HORA: 09:16:05

COMPROVANTE/PROTOCOLO DE CONFISSÃO DE NÃO RECOLHIMENTO DE VALORES DE FGTS - POR REMUNERAÇÃO

Prezado cliente ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL:45349461000102 - 45.349.461/0001-

Seu arquivo BQqvR40cynF00002.SFP contendo registro de confissão de não recolhimento de valores ao FGTS - por remuneração, foi transmitido, via Conectividade Social, para a Caixa Econômica Federal, no dia 15/04/2020, às 09:27:33 h, para a base de processamento FGTS: BU, sob número C3E2D840D9D1D7F84040404040404040D7C63B99773C2700

Este número é sua garantia do recebimento do arquivo na Caixa Econômica Federal, para posterior tratamento.

N° ARQUIVO: BQqvR40cynF0000-2
N° DE CONTROLE: JbPyWe0pD0j0000-4

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
ENDEREÇO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
BAIRRO: CENTRO
CIDADE: MIRANDOPOLIS
CEP: 17230-000 UF: SP FONE: (0011)3905-6104
COMPETÊNCIA: 03/2020 DATA VALIDADE: 07/04/2020 COD REC: 115
FPAS: 639 SIMPLES: 1

TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

REMUNERAÇÃO FGTS	R$	78.111,61
- FGTS 8%:	R$	78.111,61
TAXA JAM 3%:	R$	78.111,61
TAXA JAM 6%:	R$	0,00
- FGTS 2%:	R$	0,00

QUANTIDADE DE TRABALHADORES: 38

DECLARO DE ACORDO COM O ART. 299 DO CÓDIGO PENAL A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESSE DOCUMENTO E NO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE:

> ***"Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*
> ***Pena** - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular."*

DECLARO, AINDA, ESTAR CIENTE QUE A PRESENTE CONFISSÃO, POR REMUNERAÇÃO, QUANTO AO NÃO RECOLHIMENTO DOS VALORES DEVIDOS AO FGTS, NA FORMA DA LEI 8.036/1990, REGISTRADA NO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE, SE CONTITUI CRÉDITO PASSÍVEL DE INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA, NA AUSÊNCIA DE OPORTUNO RECOLHIMENTO, E CONSEQÜENTE EXECUÇÃO JUDICIAL NOS TERMOS DA LEI N° 6.830/80.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 15/04/2020
HORA: 09:16:05
PÁG : 0001/0008

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 03/2020 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:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		28/02/2020	P3	02235
3.128,09	0,00	0,00	296,99			0,00		0,00
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		02/03/2020	Z5	02235
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01		16/02/2020	Q1	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01		03/03/2020	P3	03222
1.891,33	0,00	0,00	154,53			0,00		0,00
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01		04/03/2020	Z5	03222
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		01/03/2020	P3	02234
3.257,41	0,00	0,00	314,97			0,00		0,00
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		02/03/2020	Z5	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		12/03/2020	P3	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		13/03/2020	Z5	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		18/03/2020	P3	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		28/03/2020	Z5	02234
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		13/01/2020	Q1	03222
1.863,77	0,00	0,00	152,05			0,00		0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		29/02/2020	P3	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		01/03/2020	Z5	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		02/03/2020	P3	03222

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 03/2020 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:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		03/03/2020	Z5	03222
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA 2.959,59	0,00	203.20306.87-3 0,00	04/10/2017 276,77	01		16/02/2020 0,00	Q1	02235 0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ 1.606,71	0,00	204.92505.78-5 0,00	04/10/2017 128,92	01		01/03/2020 0,00	P3	03222 0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		02/03/2020	Z5	03222
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		02/03/2020	P3	03222
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		05/03/2020	Z5	03222
EDILENE MANOEL 1.624,57	0,00	209.15153.56-9 0,00	04/10/2017 130,53	01		13/03/2020 0,00	P3	03222 0,00
EDILENE MANOEL		209.15153.56-9	04/10/2017	01		14/03/2020	Z5	03222

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES COM GRRF CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 03/2020 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:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
VIVIANE LIE YOKOYAMA		125.93226.14-7	04/10/2017	01		08/03/2020	I1	02236
1.549,16	509,57	509,57	161,95			0,00		0,00
WILLIAN SOUZA SALADINI		158.61320.19-9	02/05/2018	01		08/03/2020	I1	02236
1.097,64	494,44	494,44	120,18			0,00		0,00
LUIS FERNANDO BETONI		204.92499.89-0	04/10/2017	01		08/03/2020	I1	02236
1.299,36	471,20	471,20	136,60			0,00		0,00
JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA		206.75977.19-8	12/06/2018	01		08/03/2020	I1	02236
1.020,14	468,72	468,72	111,66			0,00		0,00
NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE		236.44631.30-8	04/10/2017	01		08/03/2020	I1	02236
1.320,87	468,18	468,18	138,30			0,00		0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 03/2020 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:

NOME TRABALHADOR	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL		BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN		133.59258.89-3	04/10/2017	01			02235
3.230,53	0,00	0,00	311,20			0,00	0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA		180.90148.36-6	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		125.41159.51-1	04/10/2017	01			03222
2.486,09	0,00	0,00	219,95			0,00	0,00
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		160.99087.56-8	23/07/2018	01			03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			0,00	0,00
BIANCA CAETANO COSTA		128.98626.17-3	17/01/2018	01			02235
2.757,41	0,00	0,00	252,51			0,00	0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE		209.83236.77-6	20/12/2019	01			02235
2.942,75	0,00	0,00	274,75			0,00	0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01			03222
1.830,36	0,00	0,00	149,05			0,00	0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE		203.38786.55-9	04/10/2017	01			04110
1.608,46	0,00	0,00	129,08			0,00	0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01			03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			0,00	0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01			03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			0,00	0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES		126.22542.14-5	04/10/2017	01			03222
2.181,97	0,00	0,00	183,46			0,00	0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES		209.15162.89-4	19/02/2020	01			03222
1.606,95	0,00	0,00	128,94			0,00	0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS		207.86720.36-5	04/10/2017	01			04110
1.452,48	0,00	0,00	115,04			0,00	0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA		169.20547.00-8	04/10/2017	01			04110
1.896,65	0,00	0,00	155,01			0,00	0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01			03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			0,00	0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 03/2020 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:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA		164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS		163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
1.810,01	0,00	0,00	147,22			0,00	0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		203.30629.68-3	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI		204.89256.27-3	04/10/2017	01			04110
1.451,33	0,00	0,00	114,93			0,00	0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA		204.97661.73-4	25/01/2019	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA		190.47976.86-2	04/10/2017	01			03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			0,00	0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		236.45761.69-8	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA		127.24425.16-4	04/10/2017	01			02235
2.837,38	0,00	0,00	262,11			0,00	0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		126.82653.15-6	04/10/2017	01			04110
1.643,12	0,00	0,00	132,20			0,00	0,00
RICARDO DE CARVALHO		125.51156.27-2	04/10/2017	01			03222
1.839,57	0,00	0,00	149,88			0,00	0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA		116.26217.35-6	17/09/2019	01			03222
1.850,96	0,00	0,00	150,90			0,00	0,00
SONIA MARIA RIZZO		120.98824.43-4	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
THAIS BOARETO DA SILVA		134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
4.620,04	0,00	0,00	505,73			0,00	0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ		190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
1.606,72	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR							
84.398,78	2.412,11	2.412,11	7.421,92			0,00	0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: JbPyWe0pD0j0000-4 Nº ARQUIVO: BQqvR4OcynF0000-2
COMP: 03/2020 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 UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13º	REMUNERAÇÃO 13º	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13º PREV SOC
01	43	78.111,61	0,00	84.398,78	2.412,11
TOTAIS:	43	78.111,61	0,00	84.398,78	2.412,11

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 Nº DE CONTROLE: JbPyWe0pD0j0000-4 Nº ARQUIVO: BQqvR40cynF0000-2
COMP: 03/2020 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: INSCRIÇÃO:

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

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	991.85	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	7.421.92
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	6.430.07	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: 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	25 ANOS:	0.00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	1	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	5	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:	0	P3:	10	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:	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

UTI Mirandópolis
Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

Maio

	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					Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00					Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	04/05	05/05	06/05	07/05	08/05	09/05	10/05
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Tais Ferreira 193053	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Tais Ferreira 193053	Lucas Peron 201072

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	11/05	12/05	13/05	14/05	15/05	16/05	17/05
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Denis Dourado 121711
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
	18/05	19/05	20/05	21/05	22/05	23/05	24/05
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Tawine Bello 192823	Tais Ferreira 193053
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Tawine Bello 192823	Diego Clauser 177923

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	25/05	26/05	27/05	28/05	29/05	30/05	31/05
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072

Nome	Identificação	Contato
Bruna Mello	166864	44991057454
Carlos Eduardo Mendonça da Rocha	112846	18996053566
Cleber Brito	166687	14998815151
Nathalia Barreto	155355	18996915767
Diego Clauser Marcon	177923	18981399936
Paulo Mesquita Filho	155017	12981420005
Denis Dourado	121711	18997574832
Lucas Peron	201072	34092501030
Tais Gaspar Ferreira	193053	18981418206
Tawine Bello	192823	17981902223

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

D4Sign 1c23f504-dbff-4192-9c6f-c43edd5e45d7 - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

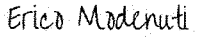
4 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 04 de maio de 2020, 17:38:54

Escala UTI Mirandópolis 05 2020.pdf

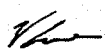
Código do documento 1c23f504-dbff-4192-9c6f-c43edd5e45d7

Assinaturas

ERICO MODENUTI
contato@wintermed.com.br
Assinou



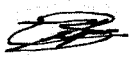
Vanessa alves de lima
vaallima@yahoo.com.br
Assinou



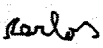
Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou

Lucas Antonio Peron
lucasantonioperon@yahoo.com.br
Assinou

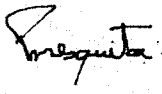
Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou



carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou



PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO
pfmbfilho@hotmail.com
Assinou

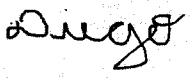


Bruna Raisa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou

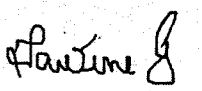
Tais Gaspar Ferreira
tais.gf@hotmail.com
Assinou

DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO
denisdourado@yahoo.com.br
Assinou

Diego Clauser Marçon
diegocmster@gmail.com
Assinou



Tawine Guimarães Dal Bello
tawinedalbello@gmail.com
Assinou



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

Eventos do documento

24 Apr 2020, 15:20:17
Documento número 1c23f504-dbff-4192-9c6f-c43edd5e45d7 **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-04-24T15:20:17-03:00

24 Apr 2020, 15:22:58
Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-04-24T15:22:58-03:00

24 Apr 2020, 15:23:04
ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 177.62.191.47 (177-62-191-47.dsl.telesp.net.br porta: 61284) - Geolocalização: -22.0330253 -47.883821999999995 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-04-24T15:23:04-03:00

24 Apr 2020, 15:40:21
TAIS GASPAR FERREIRA **Assinou** - Email: tais.gf@hotmail.com - IP: 201.76.67.69 (c94c4345.virtua.com.br porta: 64442) - Documento de identificação informado: 407.772.708-11 - DATE_ATOM: 2020-04-24T15:40:21-03:00

24 Apr 2020, 15:54:29
ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. **ALTEROU** o signatário **cleber.ffarias@gmail.com** para **dr_brito@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2020-04-24T15:54:29-03:00

24 Apr 2020, 16:17:12
CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fdfd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 45.6.16.145 (45.6.16.145 porta: 11838) - Geolocalização: -21.801329634996122 -49.61136528436341 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-04-24T16:17:12-03:00

24 Apr 2020, 17:12:37
TAWINE GUIMARÃES DAL BELLO **Assinou** - Email: tawinedalbello@gmail.com - IP: 189.32.182.213 (bd20b6d5.virtua.com.br porta: 24630) - Documento de identificação informado: 412.549.368-58 - DATE_ATOM: 2020-04-24T17:12:37-03:00

25 Apr 2020, 05:40:41
LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 177.103.55.30 (177-103-55-30.dsl.telesp.net.br porta: 57100) - Geolocalização: -21.208497275985046 -50.43066955973216 - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE_ATOM: 2020-04-25T05:40:41-03:00

25 Apr 2020, 09:04:31
NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 201.92.43.82 (201-92-43-82.dsl.telesp.net.br porta: 17284) - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-04-25T09:04:31-03:00

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

25 Apr 2020, 17:23:55
BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com - IP: 177.220.175.153 (153.175.220.177.rfc6598.dynamic.copelfibra.com.br porta: 31070) - Geolocalização: -22.836773875170543 -51.98107300603612 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2020-04-25T17:23:55-03:00

26 Apr 2020, 20:48:10
VANESSA ALVES DE LIMA **Assinou** (Conta ab8750ea-87db-4eba-8d7e-c0e544739551) - Email: vaallima@yahoo.com.br - IP: 5.62.49.126 (r-126-49-62-5.ff.avast.com porta: 25074) - Documento de identificação informado: 294.773.748-22 - DATE_ATOM: 2020-04-26T20:48:10-03:00

27 Apr 2020, 07:24:51
CARLOS EDUARDO MENDONÇA DA ROCHA **Assinou** (Conta 6a869bb9-bf77-4cb5-ab1b-aea9faa05fde) - Email: carlosrocha59@gmail.com - IP: 187.95.2.37 (wlan-187-95-2-37.clickrede.com.br porta: 49008) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-04-27T07:24:51-03:00

28 Apr 2020, 16:21:38
DENIS ALEXANDER NUNES DOURADO **Assinou** (Conta e5014d42-687b-473e-b1df-261abc4844eb) - Email: denisdourado@yahoo.com.br - IP: 186.194.178.78 (wlan-186-194-178-78.clickrede.com.br porta: 51338) - Documento de identificação informado: 283.288.368-07 - DATE_ATOM: 2020-04-28T16:21:38-03:00

29 Apr 2020, 09:45:26
PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) - Email: pfmbfilho@hotmail.com - IP: 138.0.140.159 (138.0.140.159 porta: 58616) - Geolocalização: -21.125020769129794 -51.10331553630206 - Documento de identificação informado: 220.571.438-48 - DATE_ATOM: 2020-04-29T09:45:26-03:00

29 Apr 2020, 11:25:32
DIEGO CLAUSER MARÇON **Assinou** (Conta 25bba52d-058f-46ca-88b9-12cd635e3bdd) - Email: diegocmster@gmail.com - IP: 189.40.75.247 (247.75.40.189.isp.timbrasil.com.br porta: 11136) - Documento de identificação informado: 036.916.981-66 - DATE_ATOM: 2020-04-29T11:25:32-03:00

Hash do documento original
(SHA256):a325ab08e580d1d261c26968db56d9356abb3c278f43dce730bc2b30ba8de592
(SHA512):aa6a29ccbfdf0ced87cf43ddb72ea9ee7ef04a43ee3b66b256a14fa3e4ead28c6da667facf6d0d8bc3cb64269adc9424370cfc2c598833d2132e1d9131b0cbd3

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

Funcionario ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	18:47	20:17	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	18:45	20:15	21:08	07:12	11:34	00:00	08:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	18:48	19:58	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	18:53	20:35	21:36	07:01	11:00	00:00	08:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	18:55	20:11	21:07	07:02	11:00	00:00	08:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	18:47	20:27	21:13	07:06	11:33	00:00	08:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	19:02	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	18:51	20:22	21:13	07:09	11:00	00:00	08:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	18:56	20:06	21:07	07:06	11:00	00:00	08:00
13/03 sex	18:48	20:38	21:31	07:13	11:32	00:00	08:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	18:50	20:31	21:13	07:09	11:37	00:00	08:00
16/03 seg	19:03	20:06	21:07	07:04	11:00	00:00	08:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	19:04	20:05	20:56	07:03	11:00	00:00	08:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	18:55	20:01	21:01	07:02	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 14 folgas/feriados, 1 afastamento					**156:16**	**00:00**	**112:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/__

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/02/2020 a 20/03/2020

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	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	18:59	20:41	21:36	07:18	11:00	00:00	08:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	18:56	20:20	21:17	07:17	11:00	00:00	08:00
29/02 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	18:54	20:52	21:48	07:09	11:00	00:00	08:00
04/03 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	18:55	20:25	21:22	07:06	11:00	00:00	08:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	18:52	20:15	21:08	07:06	11:00	00:00	08:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	18:58	20:36	21:31	07:12	11:00	00:00	08:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	18:51	20:38	21:32	07:18	11:33	00:00	08:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	18:49	20:55	21:52	07:40	11:00	00:00	08:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	18:50	20:42	21:37	07:19	11:34	00:00	08:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	19:00	21:02	21:56	07:19	11:00	00:00	08:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 15 folgas/feriados, 4 afastamentos					**111:07**	**00:00**	**80:00**

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 Mirandopolis
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

ALESSANDRA AGUIAR SALESSE

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Funcionario ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	19:03	20:15	21:17	07:10	11:00	00:00	08:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	19:12	20:15	21:25	07:07	10:45	00:00	08:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	19:05	21:29	22:35	07:05	10:54	00:00	07:20
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	19:01	20:12	21:16	07:02	10:57	00:00	08:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	19:09	20:11	21:11	07:18	11:00	00:00	08:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	19:05	20:36	21:50	07:07	10:48	00:00	08:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	19:18	20:24	21:27	07:21	11:00	00:00	08:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	18:57	20:05	21:05	07:09	11:00	00:00	08:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	19:06	20:32	21:39	07:07	10:54	00:00	08:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	18:54	20:03	21:00	07:07	11:00	00:00	08:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	19:04	22:27	23:27	07:18	11:00	00:00	06:51
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	19:00	20:05	20:56	07:10	11:00	00:00	08:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	19:00	19:06	21:00	07:13	10:19	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados					**141:37**	**00:00**	**102:11**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
X/5/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Cartão de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	06:55	12:52	13:50	19:00	11:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	06:59	12:59	13:57	19:06	11:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	07:01	12:42	13:30	19:12	11:00	00:00	00:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	07:01	13:15	14:13	19:04	11:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	06:58	13:06	14:04	19:00	11:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	06:53	13:08	14:08	19:03	11:00	00:00	00:00
08/03 dom	06:54	12:28	13:26	19:04	11:00	00:00	00:00
09/03 seg	06:52	13:03	14:01	19:04	11:00	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	06:58	13:06	14:03	19:05	11:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	06:50	13:19	14:12	19:03	11:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	06:48	13:25	14:08	19:03	11:32	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 18 folgas/feriados					**121:32**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS INFERIOR A 11 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 Mirandopolis
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 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento UTI MIRANDOPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	18:53	20:17	21:12	07:01	11:00	00:00	08:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	18:53	20:41	21:36	07:08	11:00	00:00	08:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	18:49	20:25	21:22	07:01	11:00	00:00	08:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	18:54	20:20	21:17	07:12	11:00	00:00	08:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 4 dias, 5 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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
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

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	19:00	20:17	21:11	07:01	11:00	00:00	08:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	18:48	20:15	21:08	07:14	11:33	00:00	08:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	18:54	20:19	21:27	07:11	11:00	00:00	08:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	18:54	20:33	21:36	07:01	11:00	00:00	08:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	18:52	20:12	21:11	07:02	11:00	00:00	08:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	18:58	20:12	21:11	07:02	11:00	00:00	08:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	18:47	20:28	21:13	07:06	11:34	00:00	08:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	18:57	20:44	21:54	07:00	10:53	00:00	08:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	18:44	20:02	21:03	07:08	11:00	00:00	08:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	18:42	20:14	21:06	07:06	11:32	00:00	08:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	18:48	20:05	20:58	07:03	11:00	00:00	08:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	18:42	20:01	21:00	07:02	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados					**133:32**	**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

01/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	06:49	12:38	13:32	19:08	11:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	06:50	12:24	13:14	19:05	11:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	06:50	11:59	12:58	19:13	11:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	06:49	12:53	13:10	19:10	12:04	00:00	00:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	06:49	12:50	13:45	19:06	11:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	07:00	13:11	14:03	19:06	11:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	06:50	12:52	13:45	19:14	11:31	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	06:50	12:49	13:31	19:08	11:36	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	06:51	13:34	14:28	19:11	11:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	06:49	12:45	13:44	19:12	11:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	06:48	13:48	14:35	20:24	11:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 18 folgas/feriados					**123:11**	**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): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga

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	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	07:22	12:58	14:03	19:23	10:56	00:00	00:00
22/02 sab	18:52	06:03	06:46	07:19	11:44	00:00	08:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	19:00	19:58	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
26/02 qua	18:46	20:16	21:11	07:17	11:36	00:00	08:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	07:00	12:38	13:37	19:02	11:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	07:12	13:20	14:30	19:16	10:54	00:00	00:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	07:01	11:09	12:15	19:06	10:59	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	06:57	11:56	12:51	19:08	11:00	00:00	00:00
08/03 dom	07:01	12:04	13:02	19:05	11:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	18:57	20:31	21:30	07:32	11:00	00:00	08:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	07:05	12:27	13:34	19:08	10:56	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	17:53	21:07	21:59	07:04	11:00	00:00	08:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	06:56	12:44	13:44	20:25	11:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados					**144:05**	**00:00**	**40:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE ENTRADA SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

BRUNA BERALDO FERRANTE
08.05.2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 29 afastamentos			**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ
___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Funcionario CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 29 afastamentos			**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [So Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	18:56	20:17	21:11	07:01	11:00	00:00	08:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	18:48	20:15	21:08	07:12	11:31	00:00	08:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	18:52	19:58	20:59	07:00	11:00	00:00	08:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	18:54	20:19	21:07	07:09	11:00	00:00	08:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	18:46	20:33	21:37	07:01	11:00	00:00	08:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	18:53	20:28	21:26	07:02	11:00	00:00	08:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	19:00	20:12	21:12	07:02	11:00	00:00	08:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	18:51	20:11	21:03	07:11	11:00	00:00	08:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	18:52	20:06	21:06	07:04	11:00	00:00	08:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	18:49	20:05	20:57	07:04	11:00	00:00	08:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	18:49	20:01	21:00	07:02	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 11 dias, 18 folgas/feriados					**121:31**	**00:00**	**88:00**

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

DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	18:52	20:32	21:32	07:07	11:00	00:00	08:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	18:49	20:36	21:37	07:02	11:00	00:00	08:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	18:49	20:30	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	18:51	20:30	21:30	07:06	11:00	00:00	08:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	18:55	20:30	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	17:47	20:30	21:30	06:00	10:00	00:00	08:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	17:46	20:30	21:30	06:00	10:00	00:00	08:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	18:52	20:36	21:36	07:01	11:00	00:00	08:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	17:52	20:35	21:35	06:01	10:01	00:00	08:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	17:42	20:35	21:35	06:01	10:01	00:00	08:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	17:50	20:30	21:30	06:00	10:00	00:00	08:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	06:45	12:10	13:10	19:00	11:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	17:48	20:30	21:30	06:03	10:03	00:00	08:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados					**137:05**	**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

DEBORA CRISTINA LOCHE

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Impresso em 01/04/2020 10:41

Cartão de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	18:57	20:32	21:29	07:09	11:00	00:00	08:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	18:53	20:41	21:38	07:10	11:00	00:00	08:00
25/02 ter	18:53	19:58	20:59	06:57	11:00	00:00	08:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	18:58	20:30	21:26	07:06	11:00	00:00	08:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	19:00	20:53	21:49	07:02	11:00	00:00	08:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	19:01	20:24	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	18:51	20:36	21:33	07:02	11:00	00:00	08:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	18:54	20:32	21:27	07:02	11:00	00:00	08:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	18:55	20:38	21:36	07:10	11:00	00:00	08:00
14/03 sab	18:47	20:45	21:50	07:12	11:00	00:00	08:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	18:50	20:36	21:31	07:16	11:31	00:00	08:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	18:55	20:49	21:55	07:16	11:00	00:00	08:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados					**132:31**	**00:00**	**96:00**

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	19:03	20:32	21:31	07:15	11:00	00:00	08:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	19:02	20:41	21:36	07:11	11:00	00:00	08:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	19:01	20:25	21:22	07:02	11:00	00:00	08:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	18:56	20:20	21:17	07:12	11:00	00:00	08:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	18:56	20:30	21:28	07:09	11:00	00:00	08:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	18:59	20:52	21:51	07:02	11:00	00:00	08:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	19:02	20:15	21:09	07:20	11:00	00:00	08:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	18:58	20:36	21:40	07:02	11:00	00:00	08:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	19:05	20:32	21:27	07:01	11:00	00:00	08:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	19:00	20:38	21:31	07:16	11:00	00:00	08:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	18:58	20:55	21:51	07:09	11:00	00:00	08:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	18:56	20:37	21:29	07:15	11:00	00:00	08:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 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

EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
09/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: EDILENE MANOEL
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento - FÉRIAS						00:00	00:00	00:00
02/03 seg	07:00	12:35	13:32	18:59			11:00	00:00	00:00
03/03 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
04/03 qua	07:08	13:04	14:07	19:01			10:50	00:00	00:00
05/03 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
06/03 sex	06:54	12:25	13:26	19:01	19:02		11:00	00:01	00:00
07/03 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
10/03 ter	06:59	13:07	14:09	19:20			11:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
12/03 qui	06:55	15:29	16:15	19:05			11:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
14/03 sab	06:57	09:18	09:20				02:21	00:00	00:00
15/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
16/03 seg	07:00	14:30	15:36	19:08			11:00	00:00	00:00
17/03 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
18/03 qua	07:00	14:26	15:31	19:13			11:00	00:00	00:00
19/03 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
20/03 sex	06:57	13:34	14:40	19:08			11:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 10 folgas/feriados, 10 afastamentos							**90:11**	**00:01**	**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- Inicio 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
07/05/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartao de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ELIANA CRISTINA RODRIGUES
Departamento UTI MIRANDOPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	06:56	12:13	13:16	19:07	11:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	06:53	12:51	13:56	19:06	11:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	06:56	13:13	14:13	19:02	11:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	06:59	12:42	13:44	19:13	11:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	06:56	12:42	13:44	19:10	11:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	06:57	12:26	13:29	19:04	11:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	06:56	13:10	14:08	19:00	11:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	06:57	13:12	14:13	19:04	11:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	06:55	12:44	13:42	19:04	11:00	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	06:53	12:10	13:12	19:07	11:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	06:56	13:43	14:46	19:09	11:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	06:51	13:34	14:37	19:10	11:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	06:49	13:21	14:21	19:03	11:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	06:55	13:15	14:26	19:03	10:57	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 15 folgas/feriados					**153:57**	**00:00**	**00:00**

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário 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

ELIANA CRISTINA RODRIGUES

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador: [illegible]
Funcionario ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	07:00	13:08	14:01	19:03	11:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	06:43	12:52	13:50	19:00	11:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	06:50	10:57	11:53	19:05	11:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 3 dias, 6 folgas/feriados, 20 afastamentos					**33:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
06/5/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	07:05	12:16	13:15	19:07	11:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	06:58	13:09	14:05	19:02	11:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	07:02	12:00	13:01	19:01	10:58	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	06:58	12:00	12:59	19:06	11:00	00:00	00:00
29/02 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	06:46	12:06	13:08	19:00	11:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	06:55	12:03	13:05	19:05	11:00	00:00	00:00
08/03 dom	06:48	12:20	13:22	19:04	11:00	00:00	00:00
09/03 seg	07:10	13:02	14:00	19:03	10:55	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	06:57	12:40	13:37	19:08	11:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	07:01	12:20	13:17	19:04	11:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	06:54	12:18	13:09	19:03	11:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 15 folgas/feriados, 3 afastamentos					**120:53**	**00:00**	**00:00**

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário 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

GISLAINE MACHADO MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	06:41	12:14	13:15	19:08	11:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	06:54	12:18	13:28	19:09	11:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	06:47	12:23	13:19	19:08	11:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	17:51	20:08	21:03	06:24	11:00	00:55	08:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	07:29	12:26	13:30	19:12	10:39	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	06:48	12:20	13:11	19:07	11:00	00:00	00:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	17:58	20:05	21:04	06:01	11:00	00:59	08:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	06:46	12:12	13:16	19:04	11:00	00:00	00:00
08/03 dom	06:50	12:11	13:12	19:06	11:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	06:48	12:27	13:28	19:00	11:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	06:50	12:38	13:43	19:05	11:00	00:00	00:00
14/03 sab	06:46	12:32	13:43	19:10	11:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	06:45	12:31	13:34	19:03	11:00	00:00	00:00
18/03 qua	13:27	18:25			04:58	00:00	00:00
19/03 qui	17:42	20:47	21:47	06:00	10:00	00:00	08:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 14 folgas/feriados					**157:37**	**01:54**	**24:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ISADORA MORAIS DE CASTRO

7/5/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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

Cartao de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Impresso em 01/04/2020 10:41

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	06:54	13:06	14:16	19:07	11:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	07:00	13:12	14:14	19:00	10:58	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	06:54	12:46	13:40	19:01	11:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	06:49	10:57	12:00	19:07	11:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	06:52	13:28	14:21	19:07	11:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	06:57	13:27	14:27	18:44	10:47	00:00	00:00
TOTAL: 6 dias, 5 folgas/feriados, 18 afastamentos					**65:45**	**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

IZABEL CRISTINA DE SOUZA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	18:47	20:15	21:08	07:12	11:32	00:00	08:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	18:54	19:58	20:59	07:00	11:00	00:00	08:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	19:02	20:04	20:59	07:11	11:00	00:00	08:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	19:05	20:33	21:37	07:03	10:54	00:00	08:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	18:52	20:12	21:07	07:02	11:00	00:00	08:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	19:02	20:12	21:12	07:03	11:00	00:00	08:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	18:55	20:27	21:13	07:06	11:00	00:00	08:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	18:47	20:12	21:09	07:01	11:00	00:00	08:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	18:51	20:02	21:02	07:07	11:00	00:00	08:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	18:58	20:06	21:06	07:08	11:00	00:00	08:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	18:54	20:10	21:03	07:05	11:00	00:00	08:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	18:54	20:06	21:06	07:06	11:00	00:00	08:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados					**132:26**	**00:00**	**96:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS/DEFICIÊNCIA: 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

JOSE LOPES DE OLIVEIRA

__/__/__

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	06:53	13:26	14:25	19:07	11:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	07:00	12:39	13:52	19:06	10:53	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	07:02	12:09	13:23	19:01	10:45	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	06:56	12:58	13:55	19:10	11:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	06:52	12:27	13:32	18:58	11:00	00:00	00:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	06:54	12:16	13:22	19:01	11:00	00:00	00:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	06:58	12:38	13:30	19:14	11:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	06:54	12:37	13:41	19:09	11:00	00:00	00:00
15/03 dom	07:03	12:30	13:33	19:08	11:00	00:00	00:00
16/03 seg	06:58	13:07	14:06	19:03	11:00	00:00	00:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	06:55	12:29	13:28	19:07	11:00	00:00	00:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	06:56	13:00	14:00	19:01	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados					**131:38**	**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

KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario LAIS MARANI SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Banco de Horas				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Banco de Horas				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	07:31	13:12	14:11	16:47	06:47	01:00	00:00
27/02 qui	07:32	13:03	14:05	17:36	07:30	01:00	00:00
28/02 sex	07:36	12:41	13:59	17:00	06:42	01:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	07:17	13:06	14:08	17:32	07:30	01:00	00:00
04/03 qua	07:19	12:19	13:38	17:39	07:11	01:00	00:00
05/03 qui	07:22	13:09	14:05	17:36	07:30	01:00	00:00
06/03 sex	07:36	12:27	13:49	17:46	07:08	01:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	07:07	12:53	14:09	18:07	07:14	01:00	00:00
10/03 ter	06:53	14:52	16:05	16:29	06:16	01:00	00:00
11/03 qua	07:25	13:00	14:02	18:04	07:30	01:00	00:00
12/03 qui	07:05	13:54	14:59	17:43	07:30	01:00	00:00
13/03 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	07:21	13:57	15:40	18:05	06:47	01:00	00:00
17/03 ter	07:30	14:12	15:22	17:00	07:00	01:00	00:00
18/03 qua	07:16	13:51	14:49	18:05	07:30	01:00	00:00
19/03 qui	07:05	14:16	15:17	18:12	07:30	01:00	00:00
20/03 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 8 folgas/feriados, 4 afastamentos					**107:35**	**15:00**	**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 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
07/5/2020

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.
21/02 sex	07:04	12:07	13:15	19:07	10:55	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	07:07	14:05	15:14	19:04	10:48	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	06:58	12:09	13:09	19:00	11:00	00:00	00:00
27/02 qui	07:03	12:59	14:00	19:13	11:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	06:54	12:30	13:32	19:11	11:00	00:00	00:00
02/03 seg	06:52	09:22			00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	06:45	12:55	14:00	18:58	11:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	06:50	13:49	14:53	19:04	11:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	06:48	14:11	15:04	19:20	11:39	00:00	00:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	06:58	13:01	14:05	19:07	11:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	07:02	14:15	15:18	19:10	11:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	06:58	14:22	15:33	19:08	10:59	00:00	00:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 14 folgas/feriados, 4 afastamentos					**121:21**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Leticia Ferraz
LETICIA MAIARA DOS SANTOS
07/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
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.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	18:49	20:25	21:22	07:01	11:00	00:00	08:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	18:54	20:20	21:16	07:12	11:00	00:00	08:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	18:53	20:52	21:50	07:02	11:00	00:00	08:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	18:46	20:24	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	18:51	20:15	21:08	07:13	11:00	00:00	08:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	19:00	20:37	21:32	07:02	11:00	00:00	08:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	18:57	20:31	21:26	07:01	11:00	00:00	08:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	18:55	20:54	21:52	07:02	11:00	00:00	08:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	18:50	20:36	21:33	07:14	11:00	00:00	08:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	18:44	20:49	21:55	07:12	11:00	00:00	08:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 19 folgas/feriados					**110:00**	**00:00**	**80:00**

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- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartao de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Impresso em 01/04/2020 10:41

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
22/02 sab	06:56	13:21	14:23	19:06			11:00	00:00	00:00
23/02 dom	06:52	12:39	13:52	19:06			11:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
25/02 ter	06:52	13:43	14:46	19:02			11:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
27/02 qui	06:52	14:35	15:47	19:13			11:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
02/03 seg	06:49	14:49	15:56	18:58			11:00	00:00	00:00
03/03 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
04/03 qua	06:54	07:00	13:30	14:40	19:00		01:10	00:00	00:00
05/03 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
06/03 sex	06:47	14:53	15:47	18:58			11:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
10/03 ter	06:58	12:38	13:30	19:15			11:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
12/03 qui	06:55	15:31	16:14	19:03			11:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
15/03 dom	06:51	12:55	13:59	19:07			11:00	00:00	00:00
16/03 seg	06:44	13:07	14:07	19:02			11:00	00:00	00:00
17/03 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
20/03 sex	06:56	12:48	13:48	19:02			11:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados							**122:10**	**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

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	07:48	11:28	12:33	16:33			07:40	00:00	00:00
22/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
24/02 seg	07:41	11:17	12:17	16:29			07:48	00:00	00:00
25/02 ter	07:57	11:22	13:07	15:44			06:02	00:00	00:00
26/02 qua	08:03	11:28	12:48	16:38			07:15	00:00	00:00
27/02 qui	08:04	11:18	12:30	16:49			07:33	00:00	00:00
28/02 sex	07:39	12:01	12:21	17:02			09:03	00:00	00:00
29/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
02/03 seg	07:40	11:29	13:00	16:33			07:22	00:00	00:00
03/03 ter	07:39	12:19	13:33	16:38			07:45	00:00	00:00
04/03 qua	07:32	11:50	12:51	16:50			08:17	00:00	00:00
05/03 qui	07:31	12:54	13:31	16:21			08:13	00:00	00:00
06/03 sex	07:27	11:45	13:01	16:01			07:18	00:00	00:00
07/03 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
09/03 seg	07:33	11:43	13:16	16:47			07:41	00:00	00:00
10/03 ter	07:41	11:33	12:59	16:20			07:13	00:00	00:00
11/03 qua	07:29	11:01	12:36	17:07	18:20		08:03	00:00	00:00
12/03 qui	Banco de Horas						00:00	00:00	00:00
13/03 sex	07:28	12:50	13:43	16:10			07:49	00:00	00:00
14/03 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
16/03 seg	07:47	11:33	12:52	17:05			07:59	00:00	00:00
17/03 ter	07:46	11:31	12:36	16:12			07:21	00:00	00:00
18/03 qua	07:50	11:39	13:11	17:08			07:46	00:00	00:00
19/03 qui	07:38	11:38	13:17	17:10			07:53	00:00	00:00
20/03 sex	07:47	11:31	12:54	17:34			08:24	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 8 folgas/feriados							**154:25**	**00:00**	**00:00**

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS. COLUNA HORA EXTRA SUPRIMIDA MANUALMENTE

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

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Inicio: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Funcionario NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	06:11	13:22	14:28	17:31	09:25	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	07:07	14:05	15:14	19:05	10:49	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	06:10	13:32	14:41	17:38	09:29	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	07:08	13:46	14:47	19:10	11:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	06:01	13:22	14:26	18:57	10:53	00:00	00:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	06:39	13:33	14:36	17:43	10:01	00:00	00:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	06:00	13:31	14:39	17:42	09:34	00:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	07:03	13:49	14:53	19:05	10:58	00:00	00:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	06:15	14:11	15:24	17:36	09:23	00:00	00:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	06:05	13:01	14:09	17:43	09:35	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	07:02	14:16	15:18	19:10	11:00	00:00	00:00
15/03 dom	07:22	14:23	15:25	19:11	10:47	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	07:09	14:22	15:32	19:00	10:41	00:00	00:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	07:07	14:26	15:36	19:03	10:46	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 15 folgas/feriados					**144:21**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA PAZINATO DA SILVA
06/05/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/03 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
18/03 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
19/03 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
20/03 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 29 afastamentos			**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga

NATALIA XAVIER NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	19:07	20:32	21:30	07:15	11:00	00:00	08:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	18:46	20:41	21:36	07:11	11:00	00:00	08:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	18:46	20:25	21:22	07:01	11:00	00:00	08:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	18:56	20:20	21:17	07:12	11:00	00:00	08:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	18:58	20:30	21:27	07:09	11:00	00:00	08:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	18:58	20:53	21:51	07:02	11:00	00:00	08:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	18:55	20:24	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	18:57	20:15	21:08	07:20	11:00	00:00	08:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	18:58	20:35	21:31	07:02	11:00	00:00	08:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	18:54	20:32	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	18:51	20:39	21:31	07:16	11:33	00:00	08:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	18:48	20:36	21:31	07:15	11:32	00:00	08:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	18:50	20:49	21:57	07:19	11:00	00:00	08:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados					**144:05**	**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

PATRICIA ADRIANA FERREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario: PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	07:12	12:00	13:06	19:07	10:49	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	07:03	12:12	13:13	19:13	11:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	07:06	12:37	13:20	19:10	11:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	07:17	12:09	13:13	18:59	10:38	00:00	00:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	07:12	11:58	13:02	19:01	10:45	00:00	00:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	07:12	12:04	13:08	18:58	10:42	00:00	00:00
07/03 sab	07:08	12:12	13:26	19:03	10:41	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	07:13	12:10	13:05	19:04	10:56	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	07:11	12:22	13:24	19:07	10:54	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	07:12	12:35	13:35	19:09	10:57	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	07:03	13:09	14:08	19:02	11:00	00:00	00:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	07:19	12:43	13:43	19:07	10:48	00:00	00:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	07:05	15:20	16:31	19:01	10:45	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados					**140:55**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

___/___/_____

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

Cartao de Ponto de 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Entrada 3	Saida 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
22/02 sab	07:04	14:46	15:29	23:16			11:00	00:00	01:26
23/02 dom	07:12	12:41	14:14	19:45			10:15	00:00	00:00
24/02 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
25/02 ter	07:10	14:55	16:24	19:10			10:31	00:00	00:00
26/02 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
27/02 qui	07:07	15:34	16:41	19:16			11:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
01/03 dom	19:01	20:30	21:25	07:29			00:00	00:00	08:00
02/03 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
03/03 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
04/03 qua	07:01	13:42	14:44	19:26			11:00	00:00	00:00
05/03 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
06/03 sex	07:02	15:21	16:13	19:18			11:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
10/03 ter	07:05	13:24	14:11	19:19			11:00	00:00	00:00
11/03 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
12/03 qui	07:10	14:18	15:39	19:29			10:58	00:00	00:00
13/03 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
14/03 sab	07:08	13:49	14:43	07:09			10:58	00:00	08:00
15/03 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
16/03 seg	07:12	12:40	14:02	20:15	20:15		10:26	00:00	00:00
17/03 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
18/03 qua	07:02	13:35	14:48	20:03			10:45	00:00	00:00
19/03 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
20/03 sex	07:08	18:31	18:50	19:10			11:43	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados							**130:36**	**00:00**	**17:26**

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

PRISCILA SANTOS LEITE DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	18:57	20:30	21:23	07:05	11:00	00:00	08:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	18:53	20:45	21:42	07:02	11:00	00:00	08:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	18:47	20:32	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	18:54	20:33	21:34	07:02	11:00	00:00	08:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	18:55	20:43	21:40	07:09	11:00	00:00	08:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	18:17	20:38	21:38	06:20	10:20	00:00	08:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	18:55	20:29	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	18:51	20:40	21:38	07:03	11:00	00:00	08:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	17:54	20:32	21:36	06:01	09:57	00:00	08:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	18:48	20:42	21:38	07:02	11:00	00:00	08:00
15/03 dom	17:57	20:31	21:35	06:00	09:56	00:00	08:00
16/03 seg	17:53	20:37	21:31	06:00	10:06	00:00	08:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	17:57	20:32	21:33	06:02	10:01	00:00	08:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	17:54	20:33	21:35	06:01	09:59	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 15 folgas/feriados					**148:19**	**00:00**	**112:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE
9/5/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 RICARDO DE CARVALHO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	18:44	20:28	21:26	07:02	11:00	00:00	08:00
03/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
04/03 qua	18:45	20:56	21:56	07:03	11:00	00:00	08:00
05/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
06/03 sex	18:41	20:27	21:13	07:05	11:38	00:00	08:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	18:47	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	18:43	20:47	21:39	07:07	11:32	00:00	08:00
11/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
12/03 qui	18:42	20:14	21:14	07:06	11:00	00:00	08:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	18:43	20:43	21:44	07:11	11:00	00:00	08:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	18:48	20:07	21:07	07:04	11:00	00:00	08:00
17/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
18/03 qua	18:48	20:07	20:58	07:03	11:00	00:00	08:00
19/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
20/03 sex	18:49	20:02	21:03	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 10 dias, 9 folgas/feriados, 10 afastamentos					**111:10**	**00:00**	**80:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

RICARDO DE CARVALHO

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	18:52	20:32	21:28	07:14	11:00	00:00	08:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	18:53	20:41	21:36	07:10	11:00	00:00	08:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	18:58	20:04	20:59	07:11	11:00	00:00	08:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	18:55	20:30	21:26	07:09	11:00	00:00	08:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	18:58	20:52	21:48	07:02	11:00	00:00	08:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	18:56	20:24	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	18:52	20:15	21:08	07:20	11:35	00:00	08:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	18:51	20:36	21:32	07:01	11:00	00:00	08:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	18:57	20:31	21:28	07:01	11:00	00:00	08:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	18:53	20:55	21:52	07:09	11:00	00:00	08:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	18:56	20:37	21:32	07:15	11:00	00:00	08:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	18:44	20:48	21:55	07:19	11:00	00:00	08:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados					**132:35**	**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- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga

SONIA DOS SANTOS ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Funcionario SONIA MARIA RIZZO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	06:54	12:16	13:14	19:06	11:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	06:51	12:07	13:07	19:02	11:00	00:00	00:00
25/02 ter	06:51	12:14	13:09	19:02	11:00	00:00	00:00
26/02 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	06:49	13:38	14:39	19:13	11:00	00:00	00:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	06:57	12:24	13:15	19:04	11:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	06:46	12:08	13:06	19:00	11:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	06:53	12:02	13:05	19:03	11:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	06:47	12:19	13:13	19:06	11:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	06:48	12:40	13:36	19:08	11:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	06:49	12:19	13:17	19:03	11:00	00:00	00:00
18/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
19/03 qui	06:48	12:42	13:09	19:03	11:48	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 18 folgas/feriados					**121:48**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

SONIA MARIA RIZZO

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/02/2020 a 20/03/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/02 sex	12:53	15:39			02:46	00:00	00:00
22/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
25/02 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
26/02 qua	06:55	12:34	13:39	18:00	07:00	01:05	00:00
27/02 qui	07:26	14:47	15:41	17:37	07:00	00:54	00:00
28/02 sex	07:11	10:38	14:27	17:02	06:02	01:00	00:00
29/02 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
01/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
02/03 seg	07:00	12:30	13:18	16:06	07:00	00:48	00:00
03/03 ter	06:58	13:32	14:31	15:56	07:00	00:59	00:00
04/03 qua	07:10	12:22	13:29	16:05	07:00	01:00	00:00
05/03 qui	07:15	12:03	13:06	15:45	07:00	01:03	00:00
06/03 sex	08:31	12:10	13:16	15:44	06:07	01:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	07:01	11:58	13:12	18:10	07:00	01:00	00:00
10/03 ter	15:03	17:00			01:57	00:00	00:00
11/03 qua	07:02	14:53	15:29	15:59	07:00	00:36	00:00
12/03 qui	06:58	11:17			04:19	00:00	00:00
13/03 sex	08:30	13:23	14:20	16:34	07:00	00:57	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	07:09	13:11	14:13	18:20	07:00	01:02	00:00
17/03 ter	06:59	12:59	14:06	16:13	07:00	01:00	00:00
18/03 qua	06:24	12:31	13:27	18:59	07:00	00:56	00:00
19/03 qui	07:19	12:28	13:06	21:04	07:00	00:38	00:00
20/03 sex	07:54	13:00	14:00	20:09	07:00	01:00	00:00
TOTAL: 19 dias, 10 folgas/feriados					**119:11**	**14:58**	**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): 07:00 ás 16:00 - RT Mirandópolis - Início: Segunda
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO

Funcionario VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/02 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
22/02 sab	06:52	13:19	14:12	19:06	11:00	00:00	00:00
23/02 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
24/02 seg	06:51	12:14	13:14	19:02	11:00	00:00	00:00
25/02 ter	06:48	12:15	13:09	19:02	11:00	00:00	00:00
26/02 qua	06:42	11:56	12:52	19:01	11:00	00:00	00:00
27/02 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
28/02 sex	06:49	12:00	12:58	19:06	11:00	00:00	00:00
29/02 sab	06:46	13:23	14:15	19:07	11:00	00:00	00:00
01/03 dom	06:49	13:52	14:48	19:13	11:00	00:00	00:00
02/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
03/03 ter	06:48	13:16	14:13	19:04	11:00	00:00	00:00
04/03 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
05/03 qui	06:58	12:10	13:08	19:00	11:00	00:00	00:00
06/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
07/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
08/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
09/03 seg	06:55	12:04	12:58	19:04	11:00	00:00	00:00
10/03 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
11/03 qua	06:53	12:13	13:06	19:07	11:00	00:00	00:00
12/03 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
13/03 sex	06:50	14:49	15:42	19:08	11:00	00:00	00:00
14/03 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
15/03 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
16/03 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
17/03 ter	06:46	13:12	14:06	19:03	11:00	00:00	00:00
18/03 qua	06:47	13:28	14:14	19:07	11:34	00:00	00:00
19/03 qui	06:48	13:22	14:16	19:03	11:00	00:00	00:00
20/03 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 14 folgas/feriados					**165:34**	**00:00**	**00:00**

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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