

# Prestação de Contas

Maio  
2020

Mirandópolis



G3342915369417041  
29/05/2020 16:11:33

## Cliente - Conta atual

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

## Lançamentos

| Dt. balancete | Dt. movimento | Ag. origem | Lote      | Histórico                              | Documento           | Valor R\$    | Saldo  |
|---------------|---------------|------------|-----------|----------------------------------------|---------------------|--------------|--------|
| 30/04/2020    |               | 0000       | 00000 000 | Saldo Anterior                         |                     |              | 0,00 C |
| 04/05/2020    |               | 3062       | 99015 870 | Transferência recebida                 | 553.062.007.004.231 | 84.456,63 C  |        |
|               |               |            |           | 04/05 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.401              | 8.193,90 D   |        |
|               |               |            |           | TICKET SERVICOS S/A                    |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.402              | 5.907,00 D   |        |
|               |               |            |           | TICKET SERVICOS S/A                    |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.403              | 1.857,38 D   |        |
|               |               |            |           | BANCO SOFISA S/A                       |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.404              | 3.309,99 D   |        |
|               |               |            |           | BANCO SOFISA S/A                       |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.405              | 5.653,25 D   |        |
|               |               |            |           | BANCO SOFISA S/A                       |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.406              | 5.024,20 D   |        |
|               |               |            |           | BANCO SOFISA S/A                       |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.407              | 2.629,86 D   |        |
|               |               |            |           | BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA           |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.408              | 360,00 D     |        |
|               |               |            |           | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.409              | 2.398,64 D   |        |
|               |               |            |           | DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.410              | 1.599,12 D   |        |
|               |               |            |           | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS         |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.411              | 7.849,79 D   |        |
|               |               |            |           | BANCO SOFISA S/A                       |                     |              |        |
| 04/05/2020    |               | 0000       | 13105 393 | TED Transf.Eletr.Disponiv              | 50.412              | 39.673,50 D  | 0,00 C |
|               |               |            |           | 341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 14138 632 | Ordem Bancária                         | 202.005.060.024.331 | 355.226,00 C |        |
|               |               |            |           | 463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 6790       | 99015 470 | Transferência enviada                  | 553.062.007.004.231 | 256.927,21 D |        |
|               |               |            |           | 07/05 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 13134 250 | Folha de Pagamento                     | 39.208              | 63.780,40 D  |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 13105 393 | TED Transf.Eletr.Disponiv              | 50.701              | 1.478,01 D   |        |
|               |               |            |           | 237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 13105 393 | TED Transf.Eletr.Disponiv              | 50.702              | 1.413,32 D   |        |
|               |               |            |           | 237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 13105 393 | TED Transf.Eletr.Disponiv              | 50.703              | 28.000,00 D  |        |
|               |               |            |           | 077 0001 033433450000127 KATAOKA E PER |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.704              | 1.410,00 D   |        |
|               |               |            |           | COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS         |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 50.705              | 480,00 D     |        |
|               |               |            |           | PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA EPP |                     |              |        |
| 07/05/2020    |               | 0000       | 13105 393 | TED Transf.Eletr.Disponiv              | 50.706              | 1.737,06 D   | 0,00 C |
|               |               |            |           | 104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS  |                     |              |        |
| 11/05/2020    |               | 3062       | 99015 870 | Transferência recebida                 | 553.062.007.004.231 | 22.921,31 C  |        |
|               |               |            |           | 11/05 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |                     |              |        |
| 11/05/2020    |               | 6790       | 99015 470 | Transferência enviada                  | 550.448.000.199.303 | 3.748,98 D   |        |
|               |               |            |           | 11/05 0448 199303-8 SONIA MARIA RI     |                     |              |        |
| 11/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 51.101              | 753,07 D     |        |
|               |               |            |           | THOMSON REUTERS BRAS                   |                     |              |        |
| 11/05/2020    |               | 0000       | 13105 109 | Pagamento de Boleto                    | 51.102              | 290,95 D     |        |

|                                        |      |                                     |                     |              |              |
|----------------------------------------|------|-------------------------------------|---------------------|--------------|--------------|
| AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA  |      |                                     |                     |              |              |
| 11/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.103              | 3.960,00 D   |              |
| DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |      |                                     |                     |              |              |
| 11/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.104              | 9.500,00 D   |              |
| ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP       |      |                                     |                     |              |              |
| 11/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.105              | 70,00 D      |              |
| RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA           |      |                                     |                     |              |              |
| 11/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.106              | 1.429,56 D   |              |
| LABORATORIO SAO PAULO                  |      |                                     |                     |              |              |
| 11/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.107              | 2.568,75 D   |              |
| SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO         |      |                                     |                     |              |              |
| 11/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.108              | 600,00 D     | 0,00 C       |
| DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida    | 553.062.007.004.231 | 12.927,68 C  |              |
| 18/05 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 6790 | 99015 470 Transfer?ncia enviada     | 550.058.000.059.599 | 934,00 D     |              |
| 18/05 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C      |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.801              | 2.568,75 D   |              |
| SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO         |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.802              | 644,31 D     |              |
| BANCO SOFISA S/A                       |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.803              | 557,26 D     |              |
| BANCO SOFISA S/A                       |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.804              | 99,90 D      |              |
| F B BABETO ME                          |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 51.805              | 318,00 D     |              |
| DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM         |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 196 INSS Arrecada??o          | 51.806              | 380,88 D     |              |
| GPS- Ident.: 45349461000889 - 04/2020  |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 375 Impostos                  | 51.807              | 674,35 D     |              |
| RFB- DARF PRETO CALCULADO              |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 375 Impostos                  | 51.808              | 1.646,40 D   |              |
| RFB- DARF PRETO CALCULADO              |      |                                     |                     |              |              |
| 18/05/2020                             | 0000 | 13105 375 Impostos                  | 51.809              | 5.103,83 D   | 0,00 C       |
| RFB- DARF PRETO CALCULADO              |      |                                     |                     |              |              |
| 22/05/2020                             | 3062 | 99015 870 Transfer?ncia recebida    | 553.062.007.004.231 | 103.006,68 C |              |
| 22/05 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                     |                     |              |              |
| 22/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 52.201              | 691,38 D     |              |
| BANCO SOFISA S/A                       |      |                                     |                     |              |              |
| 22/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 52.202              | 445,12 D     |              |
| BANCO SOFISA S/A                       |      |                                     |                     |              |              |
| 22/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 52.203              | 873,38 D     |              |
| BANCO SOFISA S/A                       |      |                                     |                     |              |              |
| 22/05/2020                             | 0000 | 13105 109 Pagamento de Boleto       | 52.204              | 201,90 D     |              |
| CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA         |      |                                     |                     |              |              |
| 22/05/2020                             | 0000 | 13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv | 52.205              | 100.794,90 D | 0,00 C       |
| 341 0049 026392666000126 WINTER - GEST |      |                                     |                     |              |              |
| 29/05/2020                             | 3062 | 03062 870 Transfer?ncia recebida    | 553.062.007.004.231 | 458.852,96 C |              |
| 29/05 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B    |      |                                     |                     |              |              |
| 29/05/2020                             | 0000 | 00000 999 S A L D O                 |                     |              | 458.852,96 C |

#### Lançamentos futuros

| Data                       | Lançamento        | Documento | Valor        |
|----------------------------|-------------------|-----------|--------------|
| 29/05/2020                 | Tarifas Pendentes | 0 R\$     | 283,00 D     |
| Saldo Aprovisionado no Dia |                   |           | 283,00 D     |
| Saldo                      |                   |           | 458.569,96 C |
| Juros                      |                   |           | 0,00         |
| Data de Debito de Juros    |                   |           | 29/05/2020   |
| IOF                        |                   |           | 0,00         |
| Data de Debito de IOF      |                   |           | 01/06/2020   |

Há tarifas pendentes de cobrança. Total em  
29/05/2020 R\$ 283,00. Sujeito à cobrança  
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.  
Procure sua agência.

---

Transação efetuada com sucesso por: JA015962 ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO.

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678  
Para deficientes auditivos 0800 729 0088





## Emissão de comprovantes

G3342915369417041  
29/05/2020 16:12:18

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:12  
679006790 0002

### COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

-----

34191090320559728293781658220009182450000819390

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 50.401

DATA DE VENCIMENTO 04/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 8.193,90

VALOR COBRADO 8.193,90

=====

NR.AUTENTICACAO C.909.1C1.F21.781.DD4

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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 121276 Série C1, emitido em 30/03/2020

20200406u47866934000174

**Número da Nota**  
**18245343**  
**Data e Hora de Emissão**  
**31/03/2020 00:55:33**  
**Código de Verificação**  
**EQ5F-GEGY**

**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 BENEFÍCIO QTD 34 R\$8.190,00  
 Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90  
 Ped.:22133227 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: 04/05/2020  
 VALOR TOTAL: R\$8.193,90

**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 121276 Série C1, emitido em 30/03/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/04/2020;

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  
121276-ND

Data de Emissão  
30/03/2020

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

## CLIENTE

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

## DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 34 R\$8.190,00  
Ped.:22133227 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\$ 8.190,00

## DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

**NOTA DE DÉBITO Nº**

121276-ND

**VALOR DE NOTA DE DÉBITO**

R\$ 8.190,00

**FORMA DE PAGAMENTO**

04/05/2020

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 121276 de 30/03/2020.

## RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10517537

Realizado em: 30/03/2020

Valor (R\$): 8.190,00

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\$): 227,50

Data de Crédito: 01/04/2020

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 | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 7.962,50

Data de Crédito: 01/04/2020

Quantidade de Beneficiários: 33

Data de Entrega:

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO               | DEPARTAMENTO     | DIAS ÚTEIS | VALOR DIA | VALOR MÊS | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|----------------------------|------------------|------------|-----------|-----------|--------------------|
| 328.629.558-25 | 2329        | ALCIONE BOGAZ              | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 272.138.738-30 | 27213873830 | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE  | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 295.556.788-47 | 2163        | ALESSANDRA DE CASSIA       | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 214.220.888-63 | 2122        | ANA AUGUSTA FELICIANI      | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 214.801.238-03 | 2123        | ANA PAULA AZEVEDO          | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 014.000.604-43 | 2445        | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 301.663.768-50 | 2336        | BIANCA CAETANO COSTA       | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 368.501.738-12 | 36850173812 | BRUNA BERALDO FERRANTE     | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 218.471.208-65 | 21847120865 | DANIELA DOS SANTOS DE      | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 385.855.778-19 | 2126        | DEBORA CRISTINA LOCHE      | UTI MIRANDÓPOLIS | 14         | 17,50     |           | R\$ 245,00         |
| 322.986.678-96 | 2132        | DENISE P. ANCILOTTO LISBOA | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |

**Unidade de Entrega:** SEDE

**Valor dos Benefícios (R\$):** 7.962,50

**Data de Crédito:** 01/04/2020

**Quantidade de Beneficiários:** 33

**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 | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 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 | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 322.167.988-27 | 2137        | GISLAINE MACHADO             | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 379.629.418-98 | 2127        | ISADORA MORAIS DE CASTRO     | UTI MIRANDÓPOLIS | 14         | 17,50     |           | R\$ 245,00         |
| 095.493.888-75 | 2130        | IZABEL CRISTINA DE SOUZA     | UTI MIRANDÓPOLIS | 14         | 17,50     |           | R\$ 245,00         |
| 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 | 20         | 17,50     |           | R\$ 350,00         |
| 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 | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 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 | 21         | 17,50     |           | R\$ 367,50         |
| 434.914.478-10 | 43491447810 | NATALIA PAZINATO DA          | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 285.280.548-02 | 2153        | PATRICIA ADRIANA FERREIRA    | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 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         |
| 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 | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 101.480.718-21 | 2159        | SONIA MARIA RIZZO            | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |
| 329.168.118-50 | 33          | THAIS BOARETO DA SILVA       | UTI MIRANDÓPOLIS | 21         | 17,50     |           | R\$ 367,50         |
| 298.834.288-12 | 29883428812 | VALERIA CRISTINA DE SOUZA    | UTI MIRANDÓPOLIS | 13         | 17,50     |           | R\$ 227,50         |

**Contrato:** 2004030057121

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 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 DO PRODUTO   | SUB TOTAL    |
|---------------------|--------------|
| Total de Benefícios | R\$ 8.190,00 |
| TOTAL               | R\$ 8.190,00 |

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:12  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090320552830293781658220009382450000590700

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 50.402

DATA DE VENCIMENTO 04/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 5.907,00

VALOR COBRADO 5.907,00

NR.AUTENTICACAO E.484.93B.6C6.406.3C9

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| <br><b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e</b><br>RPS Nº 120574 Série C1, emitido em 30/03/2020<br>20200406u47868334000174                                                               | Número da Nota<br><b>18244922</b>                                                                  |                          |                                       |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Data e Hora de Emissão:<br><b>31/03/2020 00:54:29</b><br>Código de Verificação<br><b>BGAL-6IJ6</b> |                          |                                       |                 |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b><br> CPF/CNPJ: <b>47.866.934/0001-74</b> Inscrição Municipal: <b>5.987.120-2</b><br>Nome/Razão Social: <b>TICKET SERVIÇOS S.A</b><br>Endereço: <b>AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070</b><br>Município: <b>São Paulo</b> UF: <b>SP</b> |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b><br>Nome/Razão Social: <b>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL</b><br>CPF/CNPJ: <b>45.349.461/0001-02</b> Inscrição Municipal: <b>---</b><br>Endereço: <b>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400</b><br>Município: <b>Lins</b> UF: <b>SP</b> E-mail: <b>dp@ahbb.org.br</b>                                  |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
| <b>INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS</b><br>CPF/CNPJ: <b>----</b> Nome/Razão Social: <b>----</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
| <b>DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS</b><br>TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 38 R\$5.903,10<br>Tarifa de Gestao de Cobranca R\$3,90<br>Ped.:22133205 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:<br>IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91<br>LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,44<br>Data de Vencimento: 04/05/2020<br>VALOR TOTAL: R\$5.907,00                                                 |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
| <b>VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
| INSS (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | IRRF (R\$)                                                                                         | CSLL (R\$)               | COFINS (R\$)                          | PIS/PASEP (R\$) |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -                                                                                                  | -                        | -                                     | -               |
| Código do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
| <b>03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                    |                          |                                       |                 |
| Valor Total das Deduções (R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Base de Cálculo (R\$)                                                                              | Alíquota (%)             | Valor do ISS (R\$)                    | Crédito (R\$)   |
| <b>0,00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>3,90</b>                                                                                        | <b>2,00%</b>             | <b>0,07</b>                           | <b>0,00</b>     |
| Município da Prestação do Serviço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    | Número Inscrição da Obra | Valor Aproximado dos Tributos / Fonte |                 |
| -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    | -                        | <b>IBPT</b>                           |                 |
| <b>OUTRAS INFORMAÇÕES</b><br>(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 120574 Série C1, emitido em 30/03/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/04/2020;                                                                                                                                              |                                                                                                    |                          |                                       |                 |

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  
120574-ND

Data de Emissão  
30/03/2020

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 38 R\$5.903,10  
Ped.:22133205 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\$ 5.903,10

## DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

**NOTA DE DÉBITO Nº**

120574-ND

**VALOR DE NOTA DE DÉBITO**

R\$ 5.903,10

**FORMA DE PAGAMENTO**

04/05/2020

## OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 120574 de 30/03/2020.

## RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 10517435

Realizado em: 30/03/2020

Valor (R\$): 5.903,10

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\$): 150,00

Data de Crédito: 01/04/2020

Quantidade de Beneficiários: 1

Data de Entrega: 08/04/2020

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO              | DEPARTAMENTO     | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|---------------------------|------------------|--------------------|
| 294.873.608-08 | 29487360808 | ELIANA CRISTINA RODRIGUES | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |

Unidade de Entrega: SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.753,10

Data de Crédito: 01/04/2020

Quantidade de Beneficiários: 37

Data de Entrega: 08/04/2020

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO                   | DEPARTAMENTO     | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|--------------------------------|------------------|--------------------|
| 328.629.558-25 | 2329        | ALCIONE BOGAZ                  | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 272.138.738-30 | 27213873830 | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARI | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 295.556.788-47 | 2163        | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN  | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 214.220.888-63 | 2122        | ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS   | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 214.801.238-03 | 2123        | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA      | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 014.000.604-43 | 2445        | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 301.663.768-50 | 2336        | BIANCA CAETANO COSTA SILVA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 368.501.738-12 | 36850173812 | BRUNA BERALDO FERRANTE         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 377.077.858-86 | 2125        | CATIA FERNANDA FERRAZ          | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 295.136.688-43 | 29513668843 | CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME  | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 218.471.208-65 | 21847120865 | DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 385.855.778-19 | 2126        | DEBORA CRISTINA LOCHE          | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |

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

**Unidade de Entrega:** SEDE

**Valor dos Benefícios (R\$):** 5.753,10

**Data de Crédito:** 01/04/2020

**Quantidade de Beneficiários:** 37

**Data de Entrega:** 08/04/2020

| CPF            | MATRÍCULA   | BENEFICIÁRIO                   | DEPARTAMENTO     | VALOR DO BENEFÍCIO |
|----------------|-------------|--------------------------------|------------------|--------------------|
| 322.986.678-96 | 2132        | DENISE P. ANCILOTTO LISBOA     | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 108.823.788-64 | 2134        | EDILAINE MUNHOZ MAQUEA         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 291.914.308-52 | 2135        | EDILENE MANOEL                 | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 095.608.758-25 | 9560875825  | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES    | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 322.167.988-27 | 2137        | GISLAINE MACHADO MORABITO      | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 379.629.418-98 | 2127        | ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTO | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 095.493.888-75 | 2130        | IZABEL CRISTINA DE SOUZA       | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 061.725.928-31 | 2139        | JOSE LOPES DE OLIVEIRA         | UTI MIRANDÓPOLIS | R\$ 150,00         |
| 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         |
| 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         |
| 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         |

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

Contrato: 2004030048091

| UNIDADE DE ENTREGA       | DEPARTAMENTO     | DATA DE CRÉDITO | DATA DE ENTREGA | QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS | VALOR DO BENEFÍCIO  |
|--------------------------|------------------|-----------------|-----------------|--------------------------|---------------------|
| SEDE                     | UTI MIRANDÓPOLIS | 01/04/2020      | 08/04/2020      | 37                       | R\$ 5.753,10        |
| SEDE                     | UTI MIRANDÓPOLIS | 01/04/2020      | 08/04/2020      | 1                        | R\$ 150,00          |
|                          |                  |                 |                 | <b>TOTAL BENEFÍCIOS</b>  | <b>38</b>           |
|                          |                  |                 |                 |                          | <b>R\$ 5.903,10</b> |
| <b>RESUMO DO PRODUTO</b> |                  |                 |                 |                          | <b>SUB TOTAL</b>    |
| Total de Benefícios      |                  |                 |                 |                          | R\$ 5.903,10        |
| <b>TOTAL</b>             |                  |                 |                 |                          | <b>R\$ 5.903,10</b> |

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:12  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000090607982501046182450000185738

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

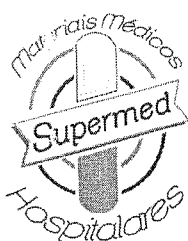
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 50.403     |
| DATA DE VENCIMENTO | 04/05/2020 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 04/05/2020 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.857,38   |
| VALOR COBRADO      | 1.857,38   |

=====

NR.AUTENTICACAO 0.731.568.01E.AF2.967



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 426888  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO  
13120311 2060 9900 0107 5500 1000 4268 8810 0017 6157

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
131203624234793 23/03/2020 15:04:20

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
23/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA DE ENTRADA EM SAÍDA  
23 MAR 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 04/05/2020 1.857,38

CÁLCULO DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1.857,38                | 105,56          | 0,00                       | 0,00                       | 1.857,38                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESKOUTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 1.857,38                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000540

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

MUNICÍPIO  
POUSO ALEGRE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
5250929840006

QUANTIDADE

13

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

49,92

PESO LÍQUIDO

49,92

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 |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 23207  | C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/05 CX.400 - EURO LT 26979 (2)05/24 (Fornecedor: 4, Lote: 26979, Qtde: 2, Data Fab: 11/07/2019, Data Val: 09/05/2024)                                                                                            | 30059090 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 99,9550 | 199,91  | 199,91  | 23,99  |       | 12,00   |        |
| 24435  | AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 436N4 (8)01/25 619N4 (2)02/25 (Fornecedor: 4, Lote: 43-6N4, Qtde: 8, Data Fab: 12/03/2020, Data Val: 30/01/2025 / Fornecedor: 7737, Lote: 619N4, Qtde: 2, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)       | 90183219 | 400 | 6108 | CX   | 10     | 6,6600  | 66,60   | 66,60   | 7,99   |       | 12,00   |        |
| 21897  | AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 662N4 (9)02/-25 5085M4 (1)12/24 (Fornecedor: 7737, Lote: 5085M4, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2024 / Fornecedor: 7737, Lote: 662N4, Qtde: 9, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025) | 90183219 | 400 | 6108 | CX   | 10     | 6,6600  | 66,60   | 66,60   | 7,99   |       | 12,00   |        |
| 26568  | LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA0006 (8)05/24 (Fornecedor: 918, Lote: SLAKAA0006, Qtde: 8, Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/05/2024)                                                                               | 90183999 | 200 | 6108 | CX   | 8      | 17,3000 | 138,40  | 138,40  | 5,54   |       | 4,00    |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 107/2017# R 16 B 5...  
ITENS 4 a 5,8 a 9 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal.  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 228,78  
Pedido: 395567  
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL  
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO  
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota....: 3 Cubagem: 0,42

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**

**RECEBIDO** 24 / 3 / 2020

**ASS.** *hoda*

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

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



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 426888  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4268 8810 0017 6157

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203624234793 23/03/2020 15:04:20

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                      | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 21432  | FIO AGULH.NYLON PRETO 3/0 45CM 30MM 3/8<br>C/24-PROCARE REF.233 LT 41819101 (1)10/24<br>(Fornecedor: 2080, Lote: 41819101, Qtde: 1<br>,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/20-<br>24)                                                              | 30061090 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 27,3400  | 27,34   | 27,34   | 1,09   |       | 4,00    |        |
| 10447  | SONDA FOLEY 2V N.14 5-10CC C/10-SOLIDOR LT<br>8419101 (1)10/24 (Fornecedor: 4, Lote: 84-<br>19101, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/02/2020, Data<br>Val: 31/10/2024)                                                                                           | 90183921 | 700 | 6108 | CX   | 1      | 28,8100  | 28,81   | 28,81   | 3,46   |       | 12,00   |        |
| 10450  | SONDA FOLEY 2V N.16 30CC C/10-SOLIDOR<br>LT 9319081 (1)08/24 (Fornecedor: 2080, Lo-<br>te: 9319081, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/201-<br>9, Data Val: 30/08/2024)                                                                                        | 90183921 | 700 | 6108 | CX   | 1      | 28,8100  | 28,81   | 28,81   | 3,46   |       | 12,00   |        |
| 15182  | SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G11<br>(2)01/24 G312 (6)05/24 (Fornecedor: 4, Lo-<br>te: G11, Qtde: 2 ,Data Fab: 05/02/2019,<br>Data Val: 30/01/2024 / Fornecedor: 4, Lo-<br>te: G312, Qtde: 6 ,Data Fab: 17/06/2019,<br>Data Val: 31/05/2024) | 90183119 | 200 | 6108 | CX   | 8      | 95,4050  | 763,24  | 763,24  | 30,53  |       | 4,00    |        |
| 27248  | LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/2-<br>0-BOMPACK LT BLNB008 (1)09/24 (Fornecedor:<br>1837, Lote: BLNB008, Qtde: 1 ,Data<br>Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)                                                                                    | 40151900 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 537,6700 | 537,67  | 537,67  | 21,51  |       | 4,00    |        |

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:12  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000090607975201042582450000330999

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 50.404

DATA DE VENCIMENTO 04/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.309,99

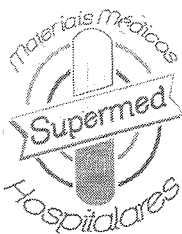
VALOR COBRADO 3.309,99

=====

NR.AUTENTICACAO 9.16A.F77.661.C1F.F3F

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



**SUPERMED COM. E IMP. DE  
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,  
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA0-ENTRADA  
1-SAIDA **1**Nº 69545  
SERIE 1  
FOLHA 1/1CHAVE DE ACESSO  
**3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0695 4510 0093 3337**Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz AutorizadoraPROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135200239050294 23/03/2020 16:19:43**NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda de Merc. Adq. de Terc.INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41**DESTINATÁRIO / REMETENTE**NOME / RAZÃO SOCIAL  
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO  
23/03/2020ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANOCEP  
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA  
23 MAR 2020MUNICÍPIO  
LINSFONE/FAX  
1435325198UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

**FATURA / DUPLICATA**

001 04/05/2020 3.309,99

**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 |
| 3.309,99                | 410,62          | 0,00                       | 0,00                       | 3.309,99                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 3.309,99                 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDAFRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000701ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
149529966118

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

4,75

PESO LÍQUIDO

4,75

**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 |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|----------|----------|--------|-------|---------|--------|
| 28638  | HEPARINX SD 60MG 02 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A12206P (5) 05/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A12206P, Qtde: 5, Data Fab: 19/06/2019, Data Val: 31/05/2021) | 30049099 | 500 | 5102 | CX   | 5      | 44,7600  | 223,80   | 223,80   | 40,28  |       | 18,00   |        |
| 22773  | MEROPENEM 1G 25FAM GEN-BIOQUIMICO LT 0088-08 (5) 09/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 00-8808, Qtde: 5, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2021)       | 30042099 | 000 | 5102 | CX   | 5      | 617,2380 | 3.086,19 | 3.086,19 | 370,34 |       | 12,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R1V1|||UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . .

Pedido: 69610

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

COMERCIAL

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos

termos da Portaria CAT 116/2017

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota: . . . 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS****RECEBIDO 24/3/2020****ASS. Rodna****MERCADORIA AVARIADA(S) E/OU  
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE  
FOREM RELACIONADAS NO  
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**Convenio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2020  
Fonte Recurso Estadual  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000090607986801046182450000565325

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 50.405

DATA DE VENCIMENTO 04/05/2020

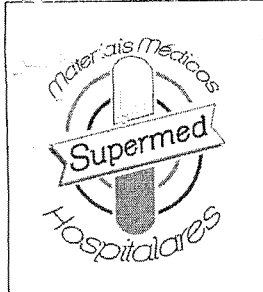
DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 5.653,25

VALOR COBRADO 5.653,25

=====

NR.AUTENTICACAO 6.29A.B0E.4D4.04D.130



**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 426968  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4269 6810 0112 8043

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203624330527 23/03/2020 16:11:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

23 MAR 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 04/05/2020 5.653,25

**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 |
| 5.653,25                | 624,33          | 0,00                       | 0,00                       | 5.653,25                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESKOTO                    | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 5.653,25                 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                                            |                                    |             |                                     |                     |                            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO                    | UF                  | CNPJ/CPF<br>01125797000540 |
| ENDEREÇO<br>AV. PREF. OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,          | MUNICÍPIO<br>POUSO ALEGRE          | UF<br>MG    | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>5250929840006 |                     |                            |
| QUANTIDADE<br>13                                           | ESPÉCIE<br>CAIXA                   | MARCA       | NÚMERO                              | PESO BRUTO<br>55,43 | PESO LÍQUIDO<br>55,43      |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                               | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 13292  | FENOTEROL 5MG/ML 20ML GEN-HIPOLABOR LT 12-3919 (3)11/21 (Fornecedor: 920, Lote: 123-919, Qtde: 3 ,Data Fab: 09/01/2020, Data Val: 30/11/2021)                 | 30049039 | 000 | 6108 | FR   | 3      | 15,7533  | 47,26   | 47,26   | 5,67   |       | 12,00   |        |
| 9892   | FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-HYPOFARMA LT 19101077 (2)10/21 (Fornecedor: 131, Lote: 19101077, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2021)          | 30049076 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 57,4050  | 114,81  | 114,81  | 13,78  |       | 12,00   |        |
| 23367  | GLILOCORT 100MG 50FAM-NOVAFARMA LT 78NK4275 (3)10/21 (Fornecedor: 1, Lote: 78NK4275, Qtde: 3 ,Data Fab: 23/03/2020, Data Val: 31/10/2021)                     | 30043210 | 000 | 6108 | CX   | 3      | 137,1833 | 411,55  | 411,55  | 49,39  |       | 12,00   |        |
| 13363  | TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVAFARMA LT 78NG2623 (2)07/21 (Fornecedor: 1901, Lote: 78NG2623, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/2021)      | 30041019 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 486,1450 | 972,29  | 972,29  | 116,67 |       | 12,00   |        |
| 22716  | POLIMIXINA B (POLIXIL B) 500.000UI 25FAM IV/IM/IT-MYLAN LT 108047 (1)07/20 (Fornecedor: 4, Lote: 108047, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/10/2019, Data Val: 31/07/2020) | 30042079 | 200 | 6108 | CX   | 1      | 675,5400 | 675,54  | 675,54  | 27,02  |       | 4,00    |        |

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 107/2017# R 16 B 3...  
ITEM 5 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 393,26  
Pedido: 395562  
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL  
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO  
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota.....: 3 Cubagem: 0,14

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO** 24/3/2020  
**ASS.** *Godora*

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

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



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 426968  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0311 2060 9900 0107 5500 1000 4269 6810 0112 8043

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203624330527 23/03/2020 16:11:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

**DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                    | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL  | BC ICMS  | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|----------|----------|--------|-------|---------|--------|
| 16358  | LACTUGOLD 667MG/ML AMEIXA 120ML-ARTE NATI-<br>VA LT 519 (5)08/21 619 (5)11/21 (Forneced-<br>dor: 4, Lote: 519, Qtde: 5 ,Data Fab: 30/-<br>08/2019, Data Val: 31/08/2021 / Forneced-<br>dor: 4, Lote: 619, Qtde: 5 ,Data Fab: 28/-<br>11/2018, Data Val: 30/09/2020)                | 21069030 | 000 | 6108 | FR   | 10     | 6,2520   | 62,52    | 62,52    | 7,50   |       | 12,00   |        |
| 12626  | BICARB.SODIO 8,4% 35FR 250ML-HYPOFARMA LT<br>20020165 (1)02/22 (Fornecedor: 131, Lote:<br>20020165, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020,<br>Data Val: 28/02/2022)                                                                                                                        | 30039099 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 767,8100 | 767,81   | 767,81   | 92,14  |       | 12,00   |        |
| 18884  | IRUXOL MONO POM.30G-ABBOTT LT 1074833 (10)<br>12/21 (Fornecedor: 4, Lote: 1074833, Qtde:<br>10 ,Data Fab: 02/08/2019, Data Val: 31/12/<br>2021)                                                                                                                                    | 30049019 | 000 | 6108 | TB   | 10     | 11,8540  | 118,54   | 118,54   | 14,22  |       | 12,00   |        |
| 23228  | PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 1918-<br>1A (20)09/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 191-<br>81A, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/09/2019, Data<br>Val: 30/09/2021)                                                                                                                          | 30042099 | 000 | 6108 | TB   | 20     | 6,7800   | 135,60   | 135,60   | 16,27  |       | 12,00   |        |
| 10866  | AGUA P/ INJECAO 200AMP 10ML PL-FARMACE LT<br>20B8143C (1)02/22 20B8144C (9) 02/22<br>(Fornecedor: 2385, Lote: 20B8143C, Qtde: 1<br>,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/20-<br>22 / Fornecedor: 2385, Lote: 20B8144C,<br>Qtde: 9 ,Data Fab: 01/02/2020, Data<br>Val: 28/02/2022) | 30039099 | 000 | 6108 | CX   | 10     | 132,3760 | 1.323,76 | 1.323,76 | 158,85 |       | 12,00   |        |
| 12772  | FENTANILA(A1) 0,05MG/ML 50AMP 10ML GEN-HI-<br>POLABOR (PORT.344/98) LT AS00320 (4)01/22<br>(Fornecedor: 1898, Lote: AS00320, Qtde: 4<br>,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 30/01/20-<br>22)                                                                                          | 30049099 | 500 | 6108 | CX   | 4      | 243,2800 | 973,12   | 973,12   | 116,77 |       | 12,00   |        |
| 3775   | SUCCINIL COLIN 100MG 1FAM EV/IM-U.QUIMICA<br>LT 1941248 (5)10/21 (Fornecedor: 1390, Lo-<br>te: 1941248, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/10/201-<br>9, Data Val: 30/10/2021)                                                                                                                  | 30049099 | 000 | 6108 | FAM  | 5      | 10,0900  | 50,45    | 50,45    | 6,05   |       | 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 Miranda  
Tipo de Despesa: Custeio

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000090607976001045682450000502420

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 50.406

DATA DE VENCIMENTO 04/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

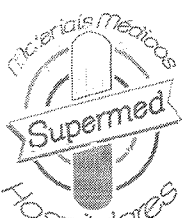
VALOR DO DOCUMENTO 5.024,20

VALOR COBRADO 5.024,20

=====

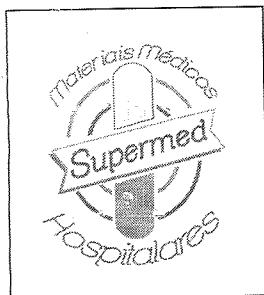
NR.AUTENTICACAO D.373.250.7EE.COD.D03

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA</b>                                                                                                               | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA                                                                                                      |                                                                                       |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------|--------|----------|----------|----------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|---|---------|-------|-------|------|--|-------|--|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|---|----------|--------|--------|-------|--|-------|--|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|----|----------|----------|----------|--------|--|-------|--|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|---|---------|-------|-------|------|--|-------|--|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|---|---------|--------|--------|-------|--|-------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Avenida Tower Automotive - Galpao 26,<br>300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,<br>CEP:07430350, Fone:11-4934-1700                                                           | 0-ENTRADA 1-SAIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>                                                                                   | CHAVE DE ACESSO<br><b>3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0695 5610 0100 6700</b>                                                                                       |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        | Nº 69556<br>SÉRIE 1<br>FOLHA 1/2                                                                                                                                  | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>Venda de Merc.Adq.de Terc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        | PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO<br><b>135200239136651 23/03/2020 16:40:25</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>188.070.970.117                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO<br>CNPJ<br>11.206.099/0004-41                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        | CNPJ/CPF<br>45.349.461/0001-02                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| ENDEREÇO<br>AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                        | DATA DA EMISSÃO<br>23/03/2020                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| BAIRRO/DISTRITO<br>JARDIM ARIANO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        | CEP<br>16400-400                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| MUNICÍPIO<br>LINS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                        | DATA ENTRADA/SAÍDA<br>23 MAR 2020                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| FONE/FAX<br>1435325198                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        | UF<br>SP                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        | HORA DA SAÍDA                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| FATURA / DUPLICATA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| 001 04/05/2020 5.024,20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| CÁLCULO DO IMPOSTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>5.024,20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                        | VALOR DO ICMS<br>835,86                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| VALOR DO ICMS<br>5.024,20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>5.024,20                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| VALOR DO FRETE<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        | VALOR DO SEGURO<br>0,00                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| DESCONTO<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| VALOR TOTAL DO IPI<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        | VALOR TOTAL DA NOTA<br>5.024,20                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| ENDEREÇO<br>RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                        | CÓDIGO ANT<br>01125797000701                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| MUNICÍPIO<br>SAO PAULO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        | UF<br>SP                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>149529966118                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        | PESO BRUTO<br>36,79                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| QUANTIDADE<br>8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        | PESO LÍQUIDO<br>36,79                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| ESPÉCIE<br>CAIXA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        | DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS</th> <th>NCM/SH</th> <th>CST</th> <th>CFOP</th> <th>UND.</th> <th>QUANT.</th> <th>V.UNIT.</th> <th>V.TOTAL</th> <th>BC ICMS</th> <th>V.ICMS</th> <th>V.IPI</th> <th>AL ICMS</th> <th>AL IPI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16738</td> <td>ACETILCISTEINA 60-<br/>OMG 16ENV 5G GEN-EMS LT 1L6419 (3) 01/2022<br/>(Fornecedor: 335, Lote: 1L6419, Qtde: 3<br/>,Data Fab: 23/01/2020, Data Val: 23/01/20-22)</td> <td>30049099</td> <td>000</td> <td>5102</td> <td>CX</td> <td>3</td> <td>12,9700</td> <td>38,91</td> <td>38,91</td> <td>4,67</td> <td></td> <td>12,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22590</td> <td>PASMODEX 0,25MG 240AMP 1ML PL-ISOFARMA LT<br/>9110317 (1) 11/2021 (Fornecedor: 2143, Lote: 9110317, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/11/201-9, Data Val: 29/11/2021)</td> <td>30049099</td> <td>000</td> <td>5102</td> <td>CX</td> <td>1</td> <td>216,7400</td> <td>216,74</td> <td>216,74</td> <td>39,01</td> <td></td> <td>18,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14491</td> <td>HEPARINA (HEMOFOL) 5000UI 25AMP 0,2-5ML-CRISTALIA LT 19090413 (12) 09/2021<br/>(Fornecedor: 727, Lote: 19090413, Qtde: 12 ,Data Fab: 03/09/2019, Data Val: 03/09/20-21)</td> <td>30049099</td> <td>000</td> <td>5102</td> <td>CX</td> <td>12</td> <td>266,1417</td> <td>3.193,70</td> <td>3.193,70</td> <td>574,87</td> <td></td> <td>18,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9089</td> <td>LIDOCAINA 2% S/V 100AMP 5ML GEN-HIPOLABOR<br/>LT L-004/19 (1) 02/2021 (Fornecedor: 1898, Lote: L-004/19, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/-2019, Data Val: 28/02/2021)</td> <td>30039053</td> <td>000</td> <td>5102</td> <td>CX</td> <td>1</td> <td>78,6900</td> <td>78,69</td> <td>78,69</td> <td>9,44</td> <td></td> <td>12,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>23399</td> <td>CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.-<br/>GEN-EMS LT 1I6717 (3) 10/2021 (Fornecedor: 335, Lote: 1I6717, Qtde: 3 ,Data Fab: 15/-10/2019, Data Val: 15/10/2021)</td> <td>30042029</td> <td>000</td> <td>5102</td> <td>CX</td> <td>3</td> <td>34,2067</td> <td>102,62</td> <td>102,62</td> <td>12,31</td> <td></td> <td>12,00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        | 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-<br>OMG 16ENV 5G GEN-EMS LT 1L6419 (3) 01/2022<br>(Fornecedor: 335, Lote: 1L6419, Qtde: 3<br>,Data Fab: 23/01/2020, Data Val: 23/01/20-22) | 30049099 | 000 | 5102 | CX | 3 | 12,9700 | 38,91 | 38,91 | 4,67 |  | 12,00 |  | 22590 | PASMODEX 0,25MG 240AMP 1ML PL-ISOFARMA LT<br>9110317 (1) 11/2021 (Fornecedor: 2143, Lote: 9110317, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/11/201-9, Data Val: 29/11/2021) | 30049099 | 000 | 5102 | CX | 1 | 216,7400 | 216,74 | 216,74 | 39,01 |  | 18,00 |  | 14491 | HEPARINA (HEMOFOL) 5000UI 25AMP 0,2-5ML-CRISTALIA LT 19090413 (12) 09/2021<br>(Fornecedor: 727, Lote: 19090413, Qtde: 12 ,Data Fab: 03/09/2019, Data Val: 03/09/20-21) | 30049099 | 000 | 5102 | CX | 12 | 266,1417 | 3.193,70 | 3.193,70 | 574,87 |  | 18,00 |  | 9089 | LIDOCAINA 2% S/V 100AMP 5ML GEN-HIPOLABOR<br>LT L-004/19 (1) 02/2021 (Fornecedor: 1898, Lote: L-004/19, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/-2019, Data Val: 28/02/2021) | 30039053 | 000 | 5102 | CX | 1 | 78,6900 | 78,69 | 78,69 | 9,44 |  | 12,00 |  | 23399 | CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.-<br>GEN-EMS LT 1I6717 (3) 10/2021 (Fornecedor: 335, Lote: 1I6717, Qtde: 3 ,Data Fab: 15/-10/2019, Data Val: 15/10/2021) | 30042029 | 000 | 5102 | CX | 3 | 34,2067 | 102,62 | 102,62 | 12,31 |  | 12,00 |  |
| 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-<br>OMG 16ENV 5G GEN-EMS LT 1L6419 (3) 01/2022<br>(Fornecedor: 335, Lote: 1L6419, Qtde: 3<br>,Data Fab: 23/01/2020, Data Val: 23/01/20-22)           | 30049099                                                                                                                                                          | 000                                                                                                                                                                    | 5102   | CX                              | 3      | 12,9700  | 38,91    | 38,91    | 4,67   |         | 12,00   |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| 22590                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PASMODEX 0,25MG 240AMP 1ML PL-ISOFARMA LT<br>9110317 (1) 11/2021 (Fornecedor: 2143, Lote: 9110317, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/11/201-9, Data Val: 29/11/2021)               | 30049099                                                                                                                                                          | 000                                                                                                                                                                    | 5102   | CX                              | 1      | 216,7400 | 216,74   | 216,74   | 39,01  |         | 18,00   |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| 14491                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HEPARINA (HEMOFOL) 5000UI 25AMP 0,2-5ML-CRISTALIA LT 19090413 (12) 09/2021<br>(Fornecedor: 727, Lote: 19090413, Qtde: 12 ,Data Fab: 03/09/2019, Data Val: 03/09/20-21) | 30049099                                                                                                                                                          | 000                                                                                                                                                                    | 5102   | CX                              | 12     | 266,1417 | 3.193,70 | 3.193,70 | 574,87 |         | 18,00   |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| 9089                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | LIDOCAINA 2% S/V 100AMP 5ML GEN-HIPOLABOR<br>LT L-004/19 (1) 02/2021 (Fornecedor: 1898, Lote: L-004/19, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/-2019, Data Val: 28/02/2021)          | 30039053                                                                                                                                                          | 000                                                                                                                                                                    | 5102   | CX                              | 1      | 78,6900  | 78,69    | 78,69    | 9,44   |         | 12,00   |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| 23399                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.-<br>GEN-EMS LT 1I6717 (3) 10/2021 (Fornecedor: 335, Lote: 1I6717, Qtde: 3 ,Data Fab: 15/-10/2019, Data Val: 15/10/2021)                 | 30042029                                                                                                                                                          | 000                                                                                                                                                                    | 5102   | CX                              | 3      | 34,2067  | 102,62   | 102,62   | 12,31  |         | 12,00   |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>#R1N2V1R30V4R2V2R1V1  UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO0107/2017 . . . .<br>Pedido: 69524<br>End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :<br>COMERCIAL<br>Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos<br>termos da Portaria CAT 116/2017<br>Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671<br>QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE E NO NOSSO<br>PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703<br>Rota..... 3 Cubagem: 0,09                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        | RESERVADO AO FISCO<br><br><div style="text-align: center;"> <b>AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS</b><br/> <b>RECEBIDO 24/03/2020</b><br/> <b>ASS. <u>Isadora</u></b> </div> |                                                                                                                                                                        |        |                                 |        |          |          |          |        |         |         |         |        |       |         |        |       |                                                                                                                                                              |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                          |          |     |      |    |   |          |        |        |       |  |       |  |       |                                                                                                                                                                        |          |     |      |    |    |          |          |          |        |  |       |  |      |                                                                                                                                                               |          |     |      |    |   |         |       |       |      |  |       |  |       |                                                                                                                                                        |          |     |      |    |   |         |        |        |       |  |       |  |

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

URGENTE  
PERECÍVEL

**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 69556  
SERIE 1  
FOLHA 2/2

**CHAVE DE ACESSO**

3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0695 5610 0100 6700

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://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**

135200239136651 23/03/2020 16:40:25

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                              | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 11929  | CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 10-OML-PRATI DONADUZZI LT 19L37B (10) 12/2021 (Fornecedor: 9706, Lote: 19L37B, Qtde: 10, Data Fab: 10/12/2019, Data Val: 10/12/20-21) | 30049099 | 500 | 5102 | FR   | 10     | 2,1490   | 21,49   | 21,49   | 3,87   |       | 18,00   |        |
| 12585  | LIDOCAINA(XYLESTESIN)2% GEL 10TB.30G EST-CRISTALIA LT 19110258 (1) 11/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19110258, Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 01/11/20-21)           | 30049043 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 47,0500  | 47,05   | 47,05   | 8,47   |       | 18,00   |        |
| 12445  | AGUA P/ INJECAO 20FR 500ML-SANOBIOL LT 19-105042 (2) 10/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19105042, Qtde: 2, Data Fab: 04/10/20-19, Data Val: 04/10/2021)                        | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 2      | 56,0500  | 112,10  | 112,10  | 20,18  |       | 18,00   |        |
| 14076  | SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 19M11291D (1) 12/2021 (Fornecedor: 238-5, Lote: 19M11291D, Qtde: 1, Data Fab: 16/12/2019, Data Val: 16/12/2021)                 | 30039099 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 180,9600 | 180,96  | 180,96  | 32,57  |       | 18,00   |        |
| 13324  | MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP06819 (3) 05/2021 (Fornecedor: 7736, Lote: AP06819, Qtde: 3, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/05/20-21) | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 3      | 307,1400 | 921,42  | 921,42  | 110,58 |       | 12,00   |        |
| 13478  | INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19000578 (2) 02/2021 (Fornecedor: 58, Lote: BF19000578, Qtde: 2, Data Fab: 31/03/2019, Data Val: 28/02/20-21)       | 30043100 | 300 | 5102 | FR   | 2      | 20,2200  | 40,44   | 40,44   | 7,28   |       | 18,00   |        |
| 13477  | INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006523 (2) 11/2020 (Fornecedor: 58, Lote: BF18006523, Qtde: 2, Data Fab: 31/12/2018, Data Val: 30/11/2020)           | 30043100 | 300 | 5102 | FR   | 2      | 20,2200  | 40,44   | 40,44   | 7,28   |       | 18,00   |        |
| 23893  | MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/-98) LT 19090352 (2) 09/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19090352, Qtde: 2, Data Fab: 02/09/2019, Data Val: 02/09/2021)                 | 30049039 | 000 | 5102 | CX   | 2      | 14,8200  | 29,64   | 29,64   | 5,33   |       | 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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

-----

34191090080663031271512711770003182480000262986

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

-----

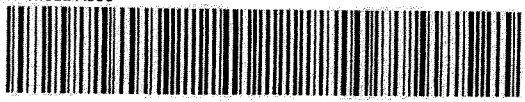
|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 50.407     |
| DATA DE VENCIMENTO | 07/05/2020 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 04/05/2020 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 2.629,86   |
| VALOR COBRADO      | 2.629,86   |

=====

NR.AUTENTICACAO F.039.C36.B0E.AAF.64C

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



|                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>BELIVE MEDICAL</b> | <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b><br><b>BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA</b><br>RUA LAURO VANNUCCI, 330<br>Bairro: FAZ. STA CANDIDA<br>13087-548 Campinas - SP<br>Fone: (19)3256-0500<br>Fax: (19)3256-0500 | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA<br>Nº 61.859<br>SÉRIE: 0<br>FOLHA: 1/1 | <b>CONTROLE FISCO</b><br><br>CHAVE DE ACESSO<br>3520.0314.3355.4400.0119.5500.0000.0618.5910.1151.3920<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora<br>DADOS DA NF-e<br>135200238974079 - 23/03/2020 16:01:03 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

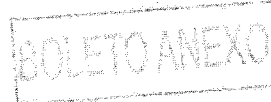
|                                                          |                                     |                            |  |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>5102 VENDA DE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

|                                                                    |                              |                            |                            |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b>                                    |                              |                            |                            |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL |                              | CNPJ<br>45.349.461/0001-02 | DATA EMISSÃO<br>23/03/2020 |
| ENDEREÇO<br>AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03               |                              | BAIRRO/DISTRITO<br>CENTRO  | CEP<br>16370-000           |
| MUNICÍPIO<br>Lins                                                  | FONE / FAX<br>(014)3541-1544 | UF<br>SP                   | INSCRIÇÃO ESTADUAL         |
|                                                                    |                              |                            | HORA DA SAÍDA<br>16:00:11  |

|                                     |                         |                                    |                                    |                                      |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <b>FATURA/DUPPLICATAS</b>           |                         |                                    |                                    |                                      |                                 |
| 61859/1 - 07/05/20 - 2629,86        |                         |                                    |                                    |                                      |                                 |
| <b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>           |                         |                                    |                                    |                                      |                                 |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>2.629,86 | VALOR DO ICMS<br>315,58 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00 | VALOR DO ICMS ST<br>0,00           | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>2.629,86 |                                 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00              | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESKONTO<br>0,00                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>2.629,86 |

|                                              |                   |                                                      |             |                        |                          |
|----------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------|-------------|------------------------|--------------------------|
| <b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> |                   |                                                      |             |                        |                          |
| RAZÃO SOCIAL                                 |                   | FRETE POR CONTA<br>0-EMITENTE<br>1-DESTINATÁRIO<br>0 | CÓDIGO ANNT | PLACA DO VEÍCULO       | UF                       |
| ENDEREÇO                                     |                   | MUNICÍPIO                                            | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL     |                          |
| QUANTIDADE<br>26                             | ESPECIE<br>CAIXAS | MARCA                                                | NUMERAÇÃO   | PESO BRUTO<br>388,4000 | PESO LÍQUIDO<br>388,4000 |

| DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS |                                                                                                                                                 |             |      |         |                |                        |             |                 |                         |           |            |           |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|---------|----------------|------------------------|-------------|-----------------|-------------------------|-----------|------------|-----------|
| CODIGO PRODUTO NCM/CS         | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                                                                                                                  | CST CFOP    | UNID | QTD     | VALOR UNITÁRIO | VAL. DESC. UNIT. PERC. | VALOR TOTAL | BASE CALC. ICMS | VALOR ICMS/ST. Cobrável | VALOR IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
| 2631<br>30049099              | FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AZB1307C CX84BOLS BAXTER<br>Lote: PR296P6 - 26/03/2021 Qtd: 7,00                                                         | 500<br>5102 | CX   | 7,0000  | 148,6800       | 0,0000<br>0,0000%      | 1.040,76    | 1.040,76        | 124,89<br>0,00          | 0,00      | 12,00      | 0,00      |
| 675<br>30049099               | FISIOLÓGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER<br>Lote: PR299H4 - 10/11/2021 Qtd: 2,00<br>Número da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24  | 500<br>5102 | CX   | 2,0000  | 106,5000       | 0,0000<br>0,0000%      | 213,00      | 213,00          | 25,56<br>0,00           | 0,00      | 12,00      | 0,00      |
| 692<br>30049099               | FISIOLÓGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER<br>Lote: PR299P4 - 15/11/2021 Qtd: 3,00<br>Número da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D   | 500<br>5102 | CX   | 3,0000  | 73,5000        | 0,0000<br>0,0000%      | 220,50      | 220,50          | 26,46<br>0,00           | 0,00      | 12,00      | 0,00      |
| 704<br>30049099               | FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER<br>Lote: PR297P8 - 10/10/2021 Qtd: 10,00<br>Número da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F | 500<br>5102 | CX   | 10,0000 | 57,6000        | 0,0000<br>0,0000%      | 576,00      | 576,00          | 69,12<br>0,00           | 0,00      | 12,00      | 0,00      |
| 2349<br>30049099              | GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER<br>Lote: PR302N1 - 06/08/2021 Qtd: 2,00<br>Número da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E1A7           | 500<br>5102 | CX   | 2,0000  | 163,8000       | 0,0000<br>0,0000%      | 327,60      | 327,60          | 39,31<br>0,00           | 0,00      | 12,00      | 0,00      |
| 958<br>30049099               | GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER<br>Lote: PR299S5 - 22/05/2021 Qtd: 2,00<br>Número da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4        | 500<br>5102 | CX   | 2,0000  | 126,0000       | 0,0000<br>0,0000%      | 252,00      | 252,00          | 30,24<br>0,00           | 0,00      | 12,00      | 0,00      |

|                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                                                                                                                 |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>CÁLCULO DO ISSQN</b>                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                 |                |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL                                                                                                                                                                                                                           | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN                                                                                        | VALOR DO ISSQN |
| <b>DADOS ADICIONAIS</b>                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                                 |                |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /<br><br>AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS<br>RECEBIDO 25/13/20<br>ASS. <i>[Assinatura]</i> |                          | RESERVADO AO FISCO<br><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

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190614494602953359600002034312582480000036000  
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      | 50.408     |
| NOSSO NUMERO       | 6144460295 |
| CONVENIO           | 00000000   |
| DATA DE VENCIMENTO | 07/05/2020 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 04/05/2020 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 360,00     |
| VALOR COBRADO      | 360,00     |

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 7.BFF.582.DD9.7F8.341 |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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  
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,  
Fone:13-3228-8700

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 47424  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



**CHAVE DE ACESSO**

3520 0304 0278 9400 0750 5500 1000 0474 2410 0042 1250

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADG. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200239501750 23/03/2020 18:41:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
04.027.894/0007-50

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
23/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
23/03/2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
18:37

**FATURA / DUPLICATA**

001 07/05/2020 360,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      |                          |        |
|-------------------------|--------|-----------------|-------|----------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|--------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 360,00 | VALOR DO ICMS   | 64,80 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 360,00 |
| VALOR DO FRETE          | 0,00   | VALOR DO SEGURO | 0,00  | DESKONTO                   |      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI       | 0,00   |
|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      | VALOR TOTAL DA NOTA      | 360,00 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                   |                                    |             |                  |                    |                              |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>O EMITENTE | FRETE POR CONTA<br>O - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 | CNPJ/CPF                     |
| ENDEREÇO<br>RUA SÃO PAULO, 31     | MUNICÍPIO<br>SANTOS                |             |                  | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |
| QUANTIDADE<br>1                   | ESPÉCIE<br>CAIXAS                  | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO<br>2,00 | PESO LÍQUIDO<br>2,00         |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                   | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V. IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|--------|
| 35550  | COMP.GAZE 7,5X7,5 09P C/500-CLEAN (Lote: 04020, Qtde: 20, Dt. Val: 28/02/202-5) | 30059090 | 000 | 5102 | PCT  | 20     | 18,0000 | 360,00  | 360,00  | 64,80   |        | 18,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota: UTI Mirandópolis - Convênio 0107/2017  
ITEM 1  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 92,11, Federal, R\$ 27,31, Estadual, R\$ 64,80  
Pedido: 54049  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

**RESERVADO AO FISCO**

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 24/03/2020  
ASS. *[Assinatura]*

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190614494604183359400002034312582480000239864

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 50.409

NOSSO NUMERO 6144460418

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 07/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.398,64

VALOR COBRADO 2.398,64

=====

NR.AUTENTICACAO E.3F5.139.57B.EA0.B0B

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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  
- SUMARÉ, SP - CEP: 13178561.  
Fone: 13 3228-8700

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 47573  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



**CHAVE DE ACESSO**

3520 0304 0278 9400 0750 5500 1000 0475 7310 0145 2574

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC. ADQ. REC. TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200239793942 23/03/2020 22:14:11

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
04.027.894/0007-50

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
23/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
23/03/2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
22:03

**FATURA / DUPLICATA**

001 07/05/2020 2.398,64

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |                 |                            |                            |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 2.398,64                | 390,07          | 0,00                       | 0,00                       | 2.398,64                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI         | VALOR TOTAL DA NOTA      |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                       | 0,00                       | 2.398,64                 |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                   |                                    |             |                  |                    |                              |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>O EMITENTE | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 | CNPJ/CPF                     |
| ENDEREÇO<br>RUA SAO PAULO, 31     | MUNICÍPIO<br>SANTOS                |             |                  | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>ISENTO |
| QUANTIDADE<br>1                   | ESPÉCIE<br>CAIXAS                  | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO<br>4,00 | PESO LÍQUIDO<br>4,00         |

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO                                                                  | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL  | BC/ICMS  | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|----------|----------|--------|-------|---------|--------|
| 20582  | SIMETICONA 15ML GTS GEN-BMS (Lote: 109-906, Qtde: 6, Dt Val: 30/11/2021)                      | 30049099 | 500 | 5102 | FR   | 6      | 1,9000   | 11,40    | 11,40    | 1,37   |       | 12,00   |        |
| 21476  | DIPIFARMA 100/2ML-FARMACE (Lote: DP20A-007, Qtde: 3, Dt Val: 31/01/2022)                      | 30039099 | 000 | 5102 | CX   | 3      | 64,8000  | 194,40   | 194,40   | 34,99  |       | 18,00   |        |
| 29846  | KEPTRON IV 1G C/50F/A-ABL (Lote: 10046-78, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2021)                       | 30042059 | 500 | 5102 | CX   | 2      | 754,7200 | 1.509,44 | 1.509,44 | 271,70 |       | 18,00   |        |
| 28934  | FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML C/6 BOLSAS GEN-SANOBIOI (Lote: 19125038, Qtde: 3, Dt Val: 31/12/2021) | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 3      | 74,2000  | 222,60   | 222,60   | 26,71  |       | 12,00   |        |
| 33722  | VANCOMICINA 500MG 25/10ML GEN - ABL (Lote: 108337C, Qtde: 4, Dt Val: 31/08/2021)              | 30042071 | 000 | 5102 | CX   | 4      | 115,2000 | 460,80   | 460,80   | 55,30  |       | 12,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno - 833, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota: UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITENS 1,4 a 5 ALIQ. 12% CF LEI GENE. DO SSP 16005/2015  
ITENS 1 a 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS CF ART. 2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 390,07, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 390,07  
Pedido: 53681  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

**RESERVADO AO FISCO**

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO** 24/03/2020  
**ASS.** *[Assinatura]*

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090171153600100794473173982480000159912

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 50.410

NOSSO NUMERO 17115360000794473

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 07/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.599,12

VALOR COBRADO 1.599,12

=====

NR.AUTENTICACAO 0.B84.EF1.A0D.C1B.D10

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

Identificação do emitente



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

## DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 1275805 FL 1/1  
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0367 7291 7800 0491 5500 1001 2758 0517 3320 8441

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

135200239299769 23/03/2020 17:22:28

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/03/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

23/03/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR    | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|----------------|------------|----------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 1275805/1      | 07/05/2020 | 1.599,12 |                |            |       |                |            |       |

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                         |  |                 |  |                            |  |                          |  |                          |  |                     |  |
|-------------------------|--|-----------------|--|----------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|---------------------|--|
| BASE DE CALCULO DO ICMS |  | VALOR DO ICMS   |  | BASE DE CALCULO DO ICMS ST |  | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO |  | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |  |                     |  |
| 1.599,12                |  | 262,20          |  | 0,00                       |  | 0,00                     |  | 1.599,12                 |  |                     |  |
| 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                     |  | 1.599,12            |  |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                 |           |       |                           |             |                  |              |                    |
|---------------------------------|-----------|-------|---------------------------|-------------|------------------|--------------|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL             |           |       | FRETE POR CONTA           | CODIGO ANTT | PLACA DO VEICULO | UF           | CNPJ               |
| NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. |           |       | 0 - Por conta do emitente |             |                  |              | 15.066.184/0001-60 |
| ENDEREÇO                        |           |       | MUNICIPIO                 |             |                  | UF           | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| R MARIA CERON VOLPE 2260        |           |       | SAO JOSE DO RIO PRETO     |             |                  | SP           | 647598751114       |
| QUANTIDADE                      | ESPECIE   | MARCA | NUMERO                    | PESO BRUTO  |                  | PESO LIQUIDO |                    |
| 2,00                            | VOLUME(S) |       | 0,01574                   | 3,978       |                  | 3,978        |                    |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO                                                                          | NCM / SH | CST | CFOP | UN | QUANT. | VALOR UNITÁRIO | VALOR TOTAL | B.CALC. ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALÍQUOTAS ICMS | IPI  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|------|
| 028292 | BROMOPRIDA 10MG/2ML (UNIAO QUIMICA) (ITEM GENERICO) L: 1943063 Q: 200,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2022 | 30049045 | 000 | 5102 | AP | 200,00 | 1,0573         | 211,46      | 211,46       | 25,38      | 0,00      | 12,00          | 0,00 |
| 031377 | ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A124 06C Q: 30,0000 F: 22/06/19 V: 30/05/2021           | 30049099 | 200 | 5102 | SE | 30,00  | 16,4472        | 493,42      | 493,42       | 88,82      | 0,00      | 18,00          | 0,00 |
| 016209 | CLINDAMICINA 600MG,FOSFATO (HYPOFARMA) L: 200100 27 Q: 50,0000 F: 01/02/20 V: 31/01/2022             | 30032029 | 000 | 5102 | AP | 50,00  | 4,11           | 205,50      | 205,50       | 36,99      | 0,00      | 18,00          | 0,00 |
| 010304 | ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 0320 Q: 2,0000 F: 05/03/20 V: 30/03/2025                           | 52030000 | 000 | 5102 | RO | 2,00   | 11,73          | 23,46       | 23,46        | 4,22       | 0,00      | 18,00          | 0,00 |
| 030366 | TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290465 Q: 800,0000 F: 17/09/19 V: 16/09/2021              | 38220090 | 700 | 5102 | TI | 800,00 | 0,5616         | 449,28      | 449,28       | 80,87      | 0,00      | 18,00          | 0,00 |
| 029394 | SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTON) L: 9246014 Q: 100,0000 F: 30/08/19 V: 31/08/2021               | 90183119 | 200 | 5102 | PC | 100,00 | 2,16           | 216,00      | 216,00       | 25,92      | 0,00      | 12,00          | 0,00 |

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASIL-PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis \*Colocar nota: UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 24/03/2020 Pedido: 1584018 Autorização de emissão: 1584018 \*\*\* O pagamento devida ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não receba o e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. APE: 1.043591-2 \*\* ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS: 12% art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 24/3/2020

ASS. Indira

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000090607978701048382450000784979

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 50.411

DATA DE VENCIMENTO 04/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 04/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 7.849,79

VALOR COBRADO 7.849,79

=====

NR.AUTENTICACAO 2.D5C.7D9.59E.C84.70C

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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 - Laranjeira Azeda - ARUJA, SP,  
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

Nº 69560  
SERIE 1  
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO  
3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0695 6010 0042 1910

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://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  
135200239205769 23/03/2020 16:57:15

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO/REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
23/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

Bairro/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA DE ENTRADA/SAÍDA  
23 MAR 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 04/05/2020 7.849,79

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 |
| 6.562,23                | 1.138,84        | 0,00                       | 0,00                       | 7.849,79                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 7.849,79                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                                                            |                                    |             |                                    |                      |                            |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO                   | UF                   | CNPJ/CPF<br>01125797000701 |
| ENDEREÇO<br>RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200              | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO             | UF<br>SP    | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>149529966118 |                      |                            |
| QUANTIDADE<br>46                                           | ESPÉCIE<br>CAIXA                   | MARCA       | NÚMERO                             | PESO BRUTO<br>204,32 | PESO LÍQUIDO<br>204,32     |

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                   | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | ALIPI |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|-------|
| 27799  | ALGODÃO ORT. 15CM X 1MT INDIV. DZ-POLARFIX LT 15140819 (10) 08/2024 (Fornecedor: 199-52, Lote: 15140819, Qtde: 10, Data Fab: 28/08/2019, Data Val: 28/08/2024)    | 30051090 | 000 | 5102 | PCT  | 120    | 7,1600  | 71,60   | 71,60   | 12,89  |       | 18,00   |       |
| 24127  | AT.CREPE 15X4,5(1,8)13F DZ-EUROPA LT 33771 (12) 11/2024 (Fornecedor: 19952, Lote: 33-771, Qtde: 12, Data Fab: 18/11/2019, Data Val: 18/11/2024)                   | 30059090 | 500 | 5102 | DZ   | 12     | 7,8200  | 93,84   | 93,84   | 16,89  |       | 18,00   |       |
| 5060   | TURBANTE DESC.ELAST.C/100-ANADONA SOFT LT 108-19 (10) 08/2021 (Fornecedor: 17, Lote: 108-19, Qtde: 10, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)                | 62101000 | 000 | 5102 | PCT  | 10     | 11,9420 | 119,42  | 119,42  | 21,50  |       | 18,00   |       |
| 27486  | TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (4) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 4, Data Fab: 30/11/2019, Data Val: 30/11/2024)              | 90183999 | 200 | 5102 | CX   | 4      | 18,7300 | 74,92   | 74,92   | 13,49  |       | 18,00   |       |
| 24134  | DISPOSITIVO TRANSFER P.DUPLA C/100-TKL LT KLADA01-190713 (1) 07/2024 (Fornecedor: 992, Lote: KLADA01-190713, Qtde: 1, Data Fab: 13/07/2019, Data Val: 12/07/2024) | 90189099 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 59,9000 | 59,90   | 59,90   | 10,78  |       | 18,00   |       |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V4R30V42|UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . ...  
ITEM 9 e 10 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.  
ITEMS 15,22 Imposto Recolhido por Substituição Tributária  
ITEM 15 ICMS-ST retido por operação anterior base: 63,70 valor: 3,40  
ITEM 22 ICMS-ST retido por operação anterior base: 883,68 valor: 84,12  
Pedido: 69528

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

COMERCIAL

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 22

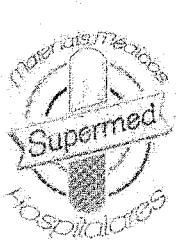
Rota....: 3 Cubagem: 1,54

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 24 / 3 / 2020  
ASS. *Indora*

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

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



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA

Nº 69560  
SERIE 1  
FOLHA 2/3



**CHAVE DE ACESSO**

3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0695 6010 0042 1910

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://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**

135200239205769 23/03/2020 16:57:15

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

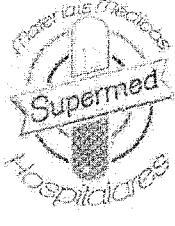
CNPJ

11.206.099/0004-41

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                              | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V. ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|---------|-------|---------|--------|
| 21569  | ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI-<br>TEX-CREMER REF.257199 LT 2356474 (1) 12/2-<br>021 (Fornecedor: 1496, Lote: 2356474,<br>Qtde: 1, Data Fab: 16/12/2019, Data<br>Val: 08/12/2021)      | 30051030 | 500 | 5102 | PCT  | 1      | 66,8500 | 66,85   | 66,85   | 12,03   |       | 18,00   |        |
| 24190  | FITA MICROPORE 50MMX10MT C/24-CIEX LT FP5-<br>22/19-HC (2) 12/2021 (Fornecedor: 2453,<br>Lote: FP522/19-HC, Qtde: 2, Data Fab: 03/-<br>12/2019, Data Val: 03/12/2021)                        | 30051090 | 500 | 5102 | CX   | 2      | 82,6650 | 165,33  | 165,33  | 29,76   |       | 18,00   |        |
| 21840  | INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-<br>0-DESCARP LT SEUUA0013 (4) 07/2024<br>(Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0013, Qtde:<br>4, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/-<br>2024)                    | 90189010 | 200 | 5102 | PCT  | 4      | 24,8000 | 99,20   | 99,20   | 17,86   |       | 18,00   |        |
| 22094  | COLETOR SECREÇÃO BRONQUINHO 120ML-BIOTEC<br>LT 19/A02503 (5) 08/2021 (Fornecedor: 771-<br>0, Lote: 19/A02503, Qtde: 5, Data Fab: 01/<br>08/2019, Data Val: 30/08/2021)                       | 90183929 | 040 | 5102 | UND  | 5      | 5,4440  | 27,22   |         |         |       |         |        |
| 10689  | SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PC-EMBRAMED 19-<br>05G-REF.490084 LT 2000005648 (20) 01/2023<br>(Fornecedor: 1496, Lote: 2000005648, Qtde:<br>20, Data Fab: 02/02/2020, Data Val: 13/01/<br>2023) | 90183921 | 040 | 5102 | PC   | 20     | 9,3400  | 186,80  |         |         |       |         |        |
| 13581  | EQ.MICRO C/BURETA F/A+P LL 150ML C/10-SO-<br>LIDOR LT 78118071 (1) 07/2023 (Fornecedor:<br>953, Lote: 78118071, Qtde: 1, Data<br>Fab: 01/07/2018, Data Val: 01/07/2023)                      | 90189010 | 200 | 5102 | PCT  | 1      | 39,1500 | 39,15   | 39,15   | 7,05    |       | 18,00   |        |
| 11067  | ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT<br>29519S06AAAA (16) 06/2021 (Fornecedor: 20-<br>80, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 16, Data<br>Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)                 | 90181100 | 200 | 5102 | PCT  | 16     | 14,0100 | 224,16  | 224,16  | 40,35   |       | 18,00   |        |
| 22197  | FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT<br>20171110 (100) 11/2022 (Fornecedor: 142,<br>Lote: 20171110, Qtde: 100, Data Fab: 10/1-<br>1/2017, Data Val: 10/11/2022)                        | 48114190 | 200 | 5102 | UND  | 100    | 1,2994  | 129,94  | 129,94  | 23,39   |       | 18,00   |        |
| 2245   | CLOREX ALCOÓLICA 0,5% 100ML CX C/2-<br>4-VICPHARMA LT M26735 (1) 02/2022 (Forne-<br>cedor: 7744, Lote: M26735, Qtde: 1, Data<br>Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)                       | 30039099 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 41,4000 | 41,40   | 41,40   | 7,45    |       | 18,00   |        |
| 27771  | CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 25-<br>OML-VICPHARMA LT C9037 (10) 07/2021<br>(Fornecedor: 7744, Lote: C9037, Qtde: 10,<br>Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/20-<br>21)                | 33069000 | 060 | 5405 | CX   | 10     | 6,2300  | 62,30   |         |         |       |         |        |
| 23135  | DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1912239<br>(1) 12/2021 (Fornecedor: 2612, Lote: 1912-<br>239, Qtde: 1, Data Fab: 06/12/2019, Data<br>Val: 06/12/2021)                                      | 15121919 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 88,8200 | 88,82   | 88,82   | 15,99   |       | 18,00   |        |
| 6826   | ABRAXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO<br>LT 074 (2) 08/2024 (Fornecedor: 261, Lote:<br>074, Qtde: 2, Data Fab: 02/08/2019, Data<br>Val: 02/08/2024)                                          | 44219900 | 000 | 5102 | PCT  | 2      | 2,7500  | 5,50    | 5,50    | 0,99    |       | 18,00   |        |
| 21899  | AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 775N4 (20) 02/<br>2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 775N4, Qtde:<br>20, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/<br>2025)                                              | 90183219 | 400 | 5102 | CX   | 20     | 7,7000  | 154,00  | 154,00  | 18,48   |       | 12,00   |        |
| 15181  | SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G7-<br>90 (1) 11/2024 (Fornecedor: 1156, Lote:<br>G790, Qtde: 1, Data Fab: 16/11/2019, Data<br>Val: 30/11/2024)                                       | 90183111 | 200 | 5102 | CX   | 1      | 62,0700 | 62,07   | 62,07   | 11,17   |       | 18,00   |        |
| 16839  | SERINGA DESC. 3ML SLIP C/500-SR LT G776<br>(1) 11/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G776,<br>Qtde: 1, Data Fab: 01/11/2019, Data<br>Val: 30/11/2024)                                             | 90183119 | 200 | 5102 | CX   | 1      | 58,2900 | 58,29   | 58,29   | 6,99    |       | 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

|  | <b>SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA</b><br><br>Avenida Tower Automotiva - Galpao 26,<br>300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,<br>CEP:07430350, Fone:11-4934-1700                                                                                            | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br><br>0-ENTRADA 1-SAIDA <b>1</b><br><br>Nº 69560<br>SERIE 1<br>FOLHA 3/3 |  |      |     |        |          |          |          |         |        |         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|--------|----------|----------|----------|---------|--------|---------|--------|
|                                                                                   | CHAVE DE ACESSO<br><b>3520 0311 2060 9900 0441 5500 1000 0695 6010 0042 1910</b><br><br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora          |                                                                                                                                        |                                                                                    |      |     |        |          |          |          |         |        |         |        |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST   |                                                                                                                                                                                                                                                                         | PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO<br><b>135200239205769 23/03/2020 16:57:15</b>                                                             |                                                                                    |      |     |        |          |          |          |         |        |         |        |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>188.070.970.117                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                         | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO<br>CNPJ<br>11.206.099/0004-41                                                                      |                                                                                    |      |     |        |          |          |          |         |        |         |        |
| <b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                    |      |     |        |          |          |          |         |        |         |        |
| CODIGO                                                                            | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                         | NCM/SH                                                                                                                                 | CST                                                                                | CFOP | UND | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL  | BC ICMS  | V. ICMS | V. IPI | AL ICMS | AL IPI |
| 13775                                                                             | SERINGA DESC. 10ML SLIP C/250-SR LT H12 (8) 01/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H12, Qtde: 8, Data Fab: 24/01/2020, Data Val: 31/01/2025)                                                                                                                                  | 90183119                                                                                                                               | 200                                                                                | 5102 | CX  | 8      | 61,7075  | 493,66   | 493,66   | 59,24   |        | 12,00   |        |
| 25489                                                                             | FRALDA AD. EXTRA GDE C/07 C/10-SLIM GE-RIATRIC LT 14489 (1) 12/2022 \ LT 14491 (11) 12/2022 (Fornecedor: 7983, Lote: 144-89, Qtde: 1, Data Fab: 17/12/2019, Data Val: 17/12/2022 / Fornecedor: 7983, Lote: 14491, Qtde: 11, Data Fab: 17/12/2019, Data Val: 17/12/2022) | 96190000                                                                                                                               | 060                                                                                | 5405 | FD  | 12     | 84,2700  | 1.011,24 |          |         |        |         |        |
| 23348                                                                             | LUVA CIRURG. 6,5 EST. C/200 PARES-SANROLIS LT 011203 (1) 01/2023 (Fornecedor: 1842, Lote: 011203, Qtde: 1, Data Fab: 22/01/20-20, Data Val: 11/01/2023)                                                                                                                 | 40151100                                                                                                                               | 000                                                                                | 5102 | CX  | 1      | 223,8800 | 223,88   | 223,88   | 40,30   |        | 18,00   |        |
| 21441                                                                             | LUVA P/PROCED.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SVIJAA0055 (1) 01/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SVIJAA0055, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 31/01/2024)                                                                                                           | 39262000                                                                                                                               | 200                                                                                | 5102 | CX  | 1      | 447,6500 | 447,65   | 447,65   | 80,58   |        | 18,00   |        |
| 16980                                                                             | LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PRO01K (8) 01/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PRO01K, Qtde: 8, Data Fab: 01/01/20-20, Data Val: 30/01/2023)                                                                                                                      | 40151900                                                                                                                               | 000                                                                                | 5102 | CX  | 8      | 272,9488 | 2.183,59 | 2.183,59 | 393,05  |        | 18,00   |        |
| 16981                                                                             | LUVA P/ PROCED.N.EST.G C/10-LEMGRUBER LT PRO01K (1) 01/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PRO01K, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/20-20, Data Val: 01/01/2023)                                                                                                                      | 40151900                                                                                                                               | 000                                                                                | 5102 | CX  | 1      | 272,9600 | 272,96   | 272,96   | 49,13   |        | 18,00   |        |
| 14684                                                                             | LUVA P/ TOQ. INDIV. TRANSP. C/100-LUPLAST LT 1010 (6) 06/2021 (Fornecedor: 8072, Lote: 1010, Qtde: 6, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2021)                                                                                                                       | 39262000                                                                                                                               | 000                                                                                | 5102 | PCT | 6      | 6,2500   | 37,50    | 37,50    | 6,75    |        | 18,00   |        |
| 24139                                                                             | SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/20-0-MARK MED LT 14649 (3) 12/2023 (Fornecedor: 164, Lote: 14649, Qtde: 3, Data Fab: 31/12/2019, Data Val: 31/12/2023)                                                                                                                   | 90183929                                                                                                                               | 000                                                                                | 5102 | CX  | 3      | 125,4867 | 376,46   | 376,46   | 67,76   |        | 18,00   |        |
| 27479                                                                             | COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310023C (1) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310023C, Qtde: 1, Data Fab: 09/1-2/2019, Data Val: 09/12/2024)                                                                                                             | 48191000                                                                                                                               | 000                                                                                | 5102 | CX  | 1      | 71,2700  | 71,27    | 71,27    | 12,83   |        | 18,00   |        |
| 11538                                                                             | SCALP N.23 PVC C/100-SOLIDOR/LAMEDID LT 82218121 (1) 12/2023 (Fornecedor: 2080, Lote: 82218121, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/-2018, Data Val: 30/12/2023)                                                                                                                   | 90183929                                                                                                                               | 200                                                                                | 5102 | CX  | 1      | 26,6000  | 26,60    | 26,60    | 4,79    |        | 18,00   |        |
| 15513                                                                             | EQ.MAC.FL.L.F/A/P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 15122019 (6) 12/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 15122019, Qtde: 6, Data Fab: 15/12/-2019, Data Val: 16/12/2022)                                                                                                                | 90189010                                                                                                                               | 200                                                                                | 5102 | PCT | 6      | 27,5750  | 165,45   | 165,45   | 29,78   |        | 18,00   |        |
| 23064                                                                             | EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA00019 (6) 07/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SEEA00019, Qtde: 6, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)                                                                                                              | 90189099                                                                                                                               | 200                                                                                | 5102 | PCT | 6      | 22,7700  | 136,62   | 136,62   | 24,58   |        | 18,00   |        |
| 25119                                                                             | AVENTAL CIRUR. EST. G ML C/20-POLAR FIX LT 35785 (1) 01/2025 (Fornecedor: 19952, Lote: 35785, Qtde: 1, Data Fab: 23/01/2020, Data Val: 23/01/2025)                                                                                                                      | 63079010                                                                                                                               | 300                                                                                | 5102 | CX  | 1      | 572,2000 | 572,20   | 572,20   | 102,99  |        | 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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.13  
6790306790 SEGUNDA VIA 0005  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
COMPROVANTE DE

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

=====

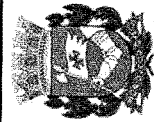
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA  
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL  
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.  
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP  
CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR  
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14  
VALOR: R\$ 39.673,50  
DEBITO EM: 04/05/2020

=====

DOCUMENTO: 050412  
AUTENTICACAO SISBB: A.C9F.359.36A.3E2.E28

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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**

20200504034298678000114

Número da Nota  
**00000077**  
Data e Hora de Emissão  
**04/05/2020 11:10:58**  
Código de Verificação  
**K8LW-BPDW**

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: **34.298.678/0001-14** Inscrição Municipal: **6.343.469-5**  
Nome/Razão Social: **GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA**  
Endereço: **R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - Cidade Monções - CEP: 04563-060**  
Município: **São Paulo** UF: **SP**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social: **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**  
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: **----**  
Endereço: **End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000**  
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **contabilidade@ahbb.org.br**

**INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

SERVIÇOS DE GESTÃO: ADMINISTRATIVOS, RECURSOS HUMANOS, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI DO HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS - SP  
COMPETÊNCIA: 04/2020  
Termo Aditivo 001/2020 - Convênio 107/2017

**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

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

04/05/2020 11:10:58

07/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:27:38  
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 | 07/05/2020          |
| NR. DOCUMENTO         | 553.062.007.004.231 |
| VALOR TOTAL           | 256.927,21          |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

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

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 6.422.B47.B63.936.990 |
|-----------------|-----------------------|

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

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

| Código            | Nome do empregado              | CPF            | Valor     |
|-------------------|--------------------------------|----------------|-----------|
| Empregados        |                                |                |           |
| 2329              | ALCIONE BOGAZ                  |                |           |
| 2478              | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR  | 328.629.558-25 | 1.681,29  |
| 2163              | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA   | 272.138.738-30 | 2.790,01  |
| 2122              | ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR  | 295.556.788-47 | 2.812,83  |
| 2123              | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA      | 214.220.888-63 | 1.477,79  |
| 2445              | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA     | 214.801.238-03 | 1.644,29  |
| 2336              | BIANCA CAETANO COSTA           | 014.000.604-43 | 1.718,29  |
| 2977              | BRUNA BERALDO FERRANTE         | 301.663.768-50 | 2.513,05  |
| 2125              | CATIA FERNANDA FERRAZ          | 368.501.738-12 | 2.671,04  |
| 2752              | CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM   | 377.077.858-86 | 1.711,72  |
| 2772              | DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR  | 295.136.688-43 | 1.477,79  |
| 2126              | DEBORA CRISTINA LOCHE          | 218.471.208-65 | 1.736,81  |
| 2132              | DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB | 385.855.778-19 | 1.542,46  |
| 2134              | EDILAINE MUNHOZ MAQUEA         | 322.986.678-96 | 1.503,05  |
| 2135              | EDILENE MANOEL                 | 108.823.788-64 | 1.718,29  |
| 2136              | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES    | 291.914.308-52 | 1.477,79  |
| 2992              | ELIANA CRISTINA RODRIGUES      | 095.608.758-25 | 1.477,79  |
| 2137              | GISLAINE MACHADO MORABITO      | 294.873.608-08 | 1.478,01  |
| 2127              | ISADORA MORAIS DE CASTRO SAN   | 322.167.988-27 | 1.477,79  |
| 2130              | IZABEL CRISTINA DE SOUZA       | 379.629.418-98 | 1.337,44  |
| 2139              | JOSE LOPES DE OLIVEIRA         | 095.493.888-75 | 1.247,13  |
| 2146              | KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA     | 061.725.928-31 | 1.699,79  |
| 2771              | LAIS MARANI SILVA              | 389.267.668-29 | 1.477,79  |
| 2147              | LETICIA MAIARA DOS SANTOS FER  | 354.059.608-96 | 2.878,78  |
| 2148              | LUCAS CARVALHO DOS SANTOS      | 427.001.668-09 | 1.477,79  |
| 2149              | MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO       | 400.061.728-14 | 1.736,80  |
| 2129              | MARCIA MAIARA POSSENTI         | 427.566.218-03 | 1.477,79  |
| 3021              | MAURO CELSO CHIAVELLI          | 382.523.438-05 | 1.336,40  |
| 2721              | NATALIA PAZINATO DA SILVA      | 365.760.718-84 | 1.413,32  |
| 2154              | NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI  | 434.914.478-10 | 1.477,79  |
| 2153              | PATRICIA ADRIANA FERREIRA      | 394.946.148-52 | 2.624,41  |
| 2164              | PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA    | 285.280.548-02 | 1.736,80  |
| 2155              | PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI | 305.075.078-27 | 1.477,79  |
| 2128              | REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D  | 298.440.178-66 | 2.490,01  |
| 2157              | RICARDO DE CARVALHO            | 259.782.788-73 | 61,00     |
| 2839              | SONIA DOS SANTOS ROCHA         | 281.686.478-23 | 1.718,29  |
| 33                | THAIS BOARETO DA SILVA         | 304.418.188-70 | 1.737,06  |
| 2799              | VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C | 329.168.118-50 | 4.614,72  |
| Empregados: 38    |                                | 298.834.288-12 | 1.477,80  |
| Estagiários: 0    |                                |                |           |
| Contribuintes: 0  |                                |                |           |
| Total da Empresa: |                                |                | 68.408,79 |

MIRANDOPOLIS, 06/05/2020

Responsável:

45.349.461/0008-89  
Folha Mensal  
04/2020

Emissão: 03/05/2020  
Horas: 22:23:10

### EXTRATO MENSAL

Tr.: 2329 ALCIONE BOGAZ  
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM  
900  
Situação: Trabalhando  
Vínculo: Celetista  
Depto: 600  
CPF: 328.629.558-25  
Adm: 16/01/2018  
Filial: 1  
PIS: 128.78920.15-7  
CTPS/Série: 83878/00240  
Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,14 149,05 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 88,00 223,63 P

1 Proventos: 1.830,34 Descontos: 149,05 Informativa: 146,42 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.681,29  
1 Base INSS: 1.830,34 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.830,34 Valor FGTS: 146,42 Base IRRF: 1.491,70

Tr.: 2478 ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS  
Jo: 56 ENFERMEIRO (A)  
900  
Situação: Trabalhando  
Vínculo: Celetista  
Depto: 600  
CPF: 272.138.738-30  
Adm: 20/10/2018  
Filial: 1  
PIS: 125.20024.54-4  
CTPS/Série: 85228/00154  
Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 25,00 2.123,68 P 998 I.N.S.S.  
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE 5,00 424,73 P 999 IMPOSTO DE RENDA 9,49 296,99 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 174,17 P 7,50 41,09 D  
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 34,83 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: 30/03/2020 a 05/04/2020

Tr.: 2163 ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN  
Jo: 56 ENFERMEIRO (A)  
900  
Situação: Trabalhando  
Vínculo: Celetista  
Depto: 600  
CPF: 295.556.788-47  
Adm: 04/10/2017  
Filial: 1  
PIS: 133.59258.89-3  
CTPS/Série: 63679/00240  
Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS 30,00 2.548,41 P 998 I.N.S.S.  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P 999 IMPOSTO DE RENDA 9,59 306,72 D  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 95,20 441,11 P 15,00 78,97 D

0 Proventos: 3.198,52 Descontos: 385,69 Informativa: 255,88 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.812,83  
0 Base INSS: 3.198,52 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.198,52 Valor FGTS: 255,88 Base IRRF: 2.891,80

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

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,12 145,39 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 72,00 182,97 P

0 Proventos: 1.789,68 Descontos: 145,39 Informativa: 143,17 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.644,29  
0 Base INSS: 1.789,68 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.789,68 Valor FGTS: 143,17 Base IRRF: 1.644,29



PJ: 45.349.461/0008-89  
tulo: Folha Mensal  
npetência: 04/2020

Emissão: 03/05/2020  
Horas: 22:23:10

### EXTRATO MENSAL

Pr.: 2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA Situação: Trabalhando CPF: 014.000.604-43 PIS: 160.99087.56-8  
Jo: 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. | 8,16 | 152,71 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00  | 209,00 P   |              |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00 | 264,29 P   |              |      |          |

|              |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|--------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| 3 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: | 1.149,52 |

Pr.: 2336 BIANCA CAETANO COSTA Situação: Trabalhando CPF: 301.663.768-50 PIS: 128.98626.17-3  
Jo: 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.         | 9,21 | 258,26 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00 | 209,00 P   | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 34,01 D  |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 10,34 | 47,91 P    |                      |      |          |

|              |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|--------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| 1 Proventos: | 2.805,32 | Descontos:      | 292,27 | Informativa: | 224,42   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 2.513,05 |
| 1 Base INSS: | 2.805,32 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 2.805,32 | Valor FGTS:           | 224,42 | Base IRRF: | 2.357,47 |

Pr.: 2977 BRUNA BERALDO FERRANTE Situação: Trabalhando CPF: 368.501.738-12 PIS: 209.83236.77-6  
Jo: 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.         | 9,40 | 283,65 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00 | 209,00 P   | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 62,19 D  |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 56,00 | 259,47 P   |                      |      |          |

|              |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|--------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| 0 Proventos: | 3.016,88 | Descontos:      | 345,84 | Informativa: | 241,35   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 2.671,04 |
| 0 Base INSS: | 3.016,88 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 3.016,88 | Valor FGTS:           | 241,35 | Base IRRF: | 2.733,23 |

Pr.: 2145 CAMILA DONATO INNOCENCIO Situação: Doença CPF: 395.692.218-28 PIS: 207.73635.06-2  
Jo: 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/DOENÇA) | 30,00 | 2.548,41 P | 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS | 30,00 | 2.757,41 D |
| 8013 INSALUB 20% DOENÇA         | 20,00 | 209,00 P   |                              |       |            |

|              |          |                 |          |              |      |                       |      |            |      |
|--------------|----------|-----------------|----------|--------------|------|-----------------------|------|------------|------|
| 0 Proventos: | 2.757,41 | Descontos:      | 2.757,41 | Informativa: | 0    | Informativa Dedutora: | 0    | Líquido:   | 0,00 |
| 0 Base INSS: | 0,00     | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:   | 0,00 | Valor FGTS:           | 0,00 | Base IRRF: | 0,00 |

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

Pr.: 2125 CATIA FERNANDA FERRAZ Situação: Licença maternidade CPF: 377.077.858-86 PIS: 129.80319.17-3  
Jo: 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 |

nça 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

3: 45.349.461/0008-89  
ulo: Folha Mensal  
npetência: 04/2020

Emissão: 03/05/2020  
Horas: 22:23:10

### EXTRATO MENSAL

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,72 P 998 I.N.S.S. 8,17 154,54 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 112,00 284,63 P  
0 Proventos: 1.891,35 Descontos: 154,54 Informativa: 151,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.736,81  
0 Base INSS: 1.891,35 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.891,35 Valor FGTS: 151,30 Base IRRF: 1.736,81

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.191,49 P 998 I.N.S.S. 8,07 135,32 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 128,00 277,29 P  
0 Proventos: 1.677,78 Descontos: 135,32 Informativa: 134,22 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.542,46  
0 Base INSS: 1.677,78 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.677,78 Valor FGTS: 134,22 Base IRRF: 1.542,46

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

8781 DIAS NORMAIS 15,00 698,85 P 998 I.N.S.S. 8,04 131,42 D  
8870 DIAS AFAS. P/DOENCA C/DIR.INTE 15,00 698,86 P 8792 DIAS FALTAS 1,00 46,59 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 97,53 P  
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 104,50 P  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 32,00 81,32 P  
2 Proventos: 1.681,06 Descontos: 178,01 Informativa: 130,75 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.503,05  
1 Base INSS: 1.634,47 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.634,47 Valor FGTS: 130,75 Base IRRF: 1.123,87  
nça período igual ou inferior a 15 dias: 04/04/2020 a 18/04/2020

Pr.: 2134 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA  
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM  
900  
Situação: Trabalhando  
Vínculo: Celetista  
Depto: 600  
CPF: 108.823.788-64  
Adm: 04/10/2017  
Filial: 1  
PIS: 124.85513.93-9  
CTPS/Série: 33522/00115  
Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 29,00 1.351,12 P 998 I.N.S.S. 8,16 152,71 D  
8870 DIAS AFAS. 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% 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  
nça período igual ou inferior a 15 dias: 14/04/2020 a 14/04/2020

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

CPF: 45.349.461/0008-89  
Folha Mensal  
Data: 04/2020

Emissão: 03/05/2020  
Horas: 22:23:10

### EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 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

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 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

Nome: 2992 ELIANA CRISTINA RODRIGUES Situação: Trabalhando CPF: 294.873.608-08 PIS: 209.15162.89-4  
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 19/02/2020 CTPS/Série: 054694/0154  
Cargo: 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

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 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  
1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,61

Nome: 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  
Cargo: 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

PJ: 45.349.461/0008-89  
Culo: Folha Mensal  
npetência: 04/2020

Emissão: 03/05/2020  
Horas: 22:23:10

### EXTRATO MENSAL

Pr.: 2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA Situação: Trabalhando CPF: 095.493.888-75 PIS: 169.20547.00-8  
Jo: 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      | 29,00 | 1.151,77 P | 937 ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00 | 58,57 D  |
| 805 MEDIA VALOR FERIAS | 0,58  | 0,58 P     | 812 INSS FERIAS            | 8,18 | 5,23 D   |
| 806 MEDIA HORAS FERIAS | 0,58  | 0,58 P     | 821 INSS DIFERENCA FERIAS  | 0,00 | 0,51 D   |
| 807 VANTAGENS FERIAS   | 6,97  | 6,97 P     | 998 I.N.S.S.               | 7,84 | 106,16 D |
| 931 1/3 DAS FERIAS     | 33,33 | 15,95 P    |                            |      |          |
| 8783 DIAS FERIAS       | 1,00  | 39,72 P    |                            |      |          |
| 16 INSALUBRIDADE 20%   | 20,00 | 202,03 P   |                            |      |          |

0 Proventos: 1.417,60 Descontos: 170,47 Informativa: 113,40 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.247,13  
0 Base INSS: 1.417,60 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.417,60 Valor FGTS: 113,40 Base IRRF: 1.247,13  
IAS DE 03/03/2020 - 01/04/2020

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

|                                      |       |            |              |      |          |
|--------------------------------------|-------|------------|--------------|------|----------|
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE | 30,00 | 1.397,71 P | 998 I.N.S.S. | 8,15 | 150,88 D |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 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  
nça período igual ou inferior a 15 dias: 30/03/2020 a 00/00/0000

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

|                      |       |            |              |      |          |
|----------------------|-------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS    | 30,00 | 1.397,71 P | 998 I.N.S.S. | 8,02 | 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

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

|                                      |        |            |                      |      |          |
|--------------------------------------|--------|------------|----------------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS                    | 25,00  | 2.123,68 P | 998 I.N.S.S.         | 9,67 | 314,97 D |
| 8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE | 5,00   | 424,73 P   | 999 IMPOSTO DE RENDA | 7,50 | 63,66 D  |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                 | 20,00  | 174,17 P   |                      |      |          |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 20,00  | 34,83 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: 13/04/2020 a 17/04/2020

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

|                      |       |            |              |      |          |
|----------------------|-------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS    | 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

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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  
npetência: 04/2020

Emissão: 03/05/2020  
Horas: 22:23:10

### EXTRATO MENSAL

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

|                           |        |            |              |      |          |
|---------------------------|--------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00  | 1.397,71 P | 998 I.N.S.S. | 8,17 | 154,53 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00  | 209,00 P   |              |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00 | 284,62 P   |              |      |          |

|              |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|--------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| 0 Proventos: | 1.891,33 | Descontos:      | 154,53 | Informativa: | 151,30   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.736,80 |
| 0 Base INSS: | 1.891,33 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.891,33 | Valor FGTS:           | 151,30 | Base IRRF: | 1.736,80 |

Pr.: 2149 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO Situação: Trabalhando CPF: 427.566.218-03 PIS: 203.30629.68-3  
Jo: 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 |

Pr.: 2129 MARCIA MAIARA POSSENTI Situação: Trabalhando CPF: 382.523.438-05 PIS: 204.89256.27-3  
Jo: 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 |

Pr.: 3021 MAURO CELSO CHIAVELLI Situação: Trabalhando CPF: 365.760.718-84 PIS: 203.20305.12-5  
Jo: 300 AUX. ADM. FARMACIA Vínculo: Celetista prazo determinado Adm: 01/04/2020 CTPS/Série: 008149/00315  
900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.191,49

|                           |       |            |              |      |          |
|---------------------------|-------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00 | 1.191,49 P | 998 I.N.S.S. | 7,98 | 122,54 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00 | 209,00 P   |              |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 62,49 | 135,37 P   |              |      |          |

|              |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|--------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| 0 Proventos: | 1.535,86 | Descontos:      | 122,54 | Informativa: | 122,86   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.413,32 |
| 0 Base INSS: | 1.535,86 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.535,86 | Valor FGTS:           | 122,86 | Base IRRF: | 1.413,32 |

Pr.: 2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 434.914.478-10 PIS: 204.97661.73-4  
Jo: 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 |

Pr.: 2154 NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA Situação: Licença maternidade CPF: 394.946.148-52 PIS: 203.20306.87-3  
Jo: 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 |

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

### EXTRATO MENSAL

Pr.: 2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA Situação: Trabalhando CPF: 285.280.548-02 PIS: 190.47976.86-2  
Jo: 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. 8,17 154,53 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 112,00 284,62 P

0 Proventos: 1.891,33 Descontos: 154,53 Informativa: 151,30 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.736,80  
0 Base INSS: 1.891,33 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.891,33 Valor FGTS: 151,30 Base IRRF: 1.736,80

Pr.: 2164 PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA Situação: Trabalhando CPF: 305.075.078-27 PIS: 236.45761.69-8  
Jo: 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

Pr.: 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA Situação: Trabalhando CPF: 298.440.178-66 PIS: 127.24425.16-4  
Jo: 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. 9,20 256,96 D  
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 47,51 D  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 8,00 37,07 P

0 Proventos: 2.794,48 Descontos: 304,47 Informativa: 223,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.490,01  
0 Base INSS: 2.794,48 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.794,48 Valor FGTS: 223,55 Base IRRF: 2.537,52

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

806 MEDIA HORAS FERIAS 224,58 224,58 P 937 ADIANTAMENTO DE FERIAS 0,00 1.985,13 D  
807 VANTAGENS FERIAS 209,00 209,00 P 812 INSS FERIAS 8,38 181,63 D  
931 1/3 DAS FERIAS 33,33 541,69 P 821 INSS DIFERENCA FERIAS 0,00 3,13 D  
8783 DIAS FERIAS 30,00 1.191,49 P 998 I.N.S.S. 7,50 5,19 D  
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 32,00 69,32 P

1 Proventos: 2.236,08 Descontos: 2.175,08 Informativa: 178,88 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 61,00  
1 Base INSS: 2.236,08 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.236,08 Valor FGTS: 178,88 Base IRRF: 0,00  
IAS DE 01/04/2020 - 30/04/2020

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 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

2J; 45.349.461/0008-89  
culo: Folha Mensal  
npetência: 04/2020

Emissão: 03/05/2020  
Horas: 22:23:10

### EXTRATO MENSAL

nr.: 2839 SONIA DOS SANTOS ROCHA  
jo: 71 TEC. ENFERMAGEM  
900  
Situação: Trabalhando  
Vínculo: Celetista  
Depto: 600  
CPF: 304.418.188-70  
Adm: 17/09/2019  
Filial: 1  
PIS: 116.26217,35-6  
CTPS/Série: 54411/00240  
Salário: 1.397,95

|                           |        |            |              |      |          |
|---------------------------|--------|------------|--------------|------|----------|
| 8781 DIAS NORMAIS         | 30,00  | 1.397,95 P | 998 I.N.S.S. | 8,17 | 154,56 D |
| 16 INSALUBRIDADE 20%      | 20,00  | 209,00 P   |              |      |          |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00 | 284,67 P   |              |      |          |

|              |          |                 |        |              |          |                       |        |            |          |
|--------------|----------|-----------------|--------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| 0 Proventos: | 1.891,62 | Descontos:      | 154,56 | Informativa: | 151,32   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 1.737,06 |
| 0 Base INSS: | 1.891,62 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 1.891,62 | Valor FGTS:           | 151,32 | Base IRRF: | 1.737,06 |

nr.: 2159 SONIA MARIA RIZZO  
jo: 71 TEC. ENFERMAGEM  
900  
Situação: Demitido  
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

|                                     |       |            |     |                      |        |            |
|-------------------------------------|-------|------------|-----|----------------------|--------|------------|
| 9180 SALDO DE SALARIO DIAS          | 30,00 | 1.397,71 P | 49  | AVISO PREVIO REAVIDO | 30,00  | 1.397,71 D |
| 8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1  | 4,00  | 465,90 P   | 51  | LIQUIDO RESCISAO     | 0,00   | 3.748,98 D |
| 8553 VANTAGENS 13o RESCISAO         | 4,00  | 69,67 P    | 293 | DESC VALE REFEIÇÃO   | 227,50 | 227,50 D   |
| 28 FERIAS VENCIDAS                  | 1,00  | 1.397,71 P | 826 | INSS SOBRE RESCISAO  | 8,02   | 128,92 D   |
| 29 FERIAS PROPORCIONAIS             | 7,00  | 815,33 P   | 989 | INSS 13 SAL.RESCISAO | 7,50   | 40,16 D    |
| 64 1/3 FERIAS RESCISAO              | 33,33 | 537,83 P   |     |                      |        |            |
| 817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL       | 7,00  | 121,92 P   |     |                      |        |            |
| 818 MEDIA HR FERIAS VENCIDAS        | 1,00  | 6,78 P     |     |                      |        |            |
| 820 VANTAGEM FERIAS VENCIDAS        | 1,00  | 209,00 P   |     |                      |        |            |
| 8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI | 33,33 | 312,42 P   |     |                      |        |            |
| 16 INSALUBRIDADE 20%                | 20,00 | 209,00 P   |     |                      |        |            |

|              |          |                 |          |              |          |                       |        |            |          |
|--------------|----------|-----------------|----------|--------------|----------|-----------------------|--------|------------|----------|
| 0 Proventos: | 5.543,27 | Descontos:      | 5.543,27 | Informativa: | 171,37   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 0,00     |
| 0 Base INSS: | 2.142,28 | Excedente INSS: | 0,00     | Base FGTS:   | 2.142,28 | Valor FGTS:           | 171,37 | Base IRRF: | 1.973,20 |

ITITIDO EM 30/04/2020 - MOTIVO 4-Pedido de demissão SEM justa causa

nr.: 33 THAIS BOARETO DA SILVA  
jo: 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        | 790,00   | 790,00 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: | 5.410,04 | Descontos:      | 795,32 | Informativa: | 369,60   | Informativa Dedutora: | 0      | Líquido:   | 4.614,72 |
| 0 Base INSS: | 4.620,04 | Excedente INSS: | 0,00   | Base FGTS:   | 4.620,04 | Valor FGTS:           | 369,60 | Base IRRF: | 4.114,31 |

nr.: 2799 VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ  
jo: 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 |

Total Geral Proventos: 86.117,06

Total Geral Descontos: 17.708,27  
Líquido Geral: 68.408,79

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



EXTRATO MENSAL

Resumo por Rubrica

|                                      |          |             |                              |                |            |
|--------------------------------------|----------|-------------|------------------------------|----------------|------------|
| 16 INSALUBRIDADE 20%                 | 680,00   | 6.910,93 P  | 49 AVISO PREVIO REAVIDO      | 30,00          | 1.397,71 D |
| 27 ADICIONAL RT                      | 1.561,58 | 1.561,58 P  | 51 LIQUIDO RESCISAO          | 0,00           | 3.748,98 D |
| 28 FERIAS VENCIDAS                   | 1,00     | 1.397,71 P  | 293 DESC VALE REFEIÇÃO       | 227,50         | 227,50 D   |
| 29 FERIAS PROPORCIONAIS              | 7,00     | 815,33 P    | 812 INSS FERIAS              | 16,56          | 186,86 D   |
| 64 1/3 FERIAS RESCISAO               | 33,33    | 537,83 P    | 821 INSS DIFERENCA FERIAS    | 0,00           | 3,64 D     |
| 242 REEMBOLSO DESP PAGO              | 790,00   | 790,00 P    | 826 INSS SOBRE RESCISAO      | 8,02           | 128,92 D   |
| 245 AJUDA DE CUSTO                   | 277,58   | 277,58 P    | 937 ADIANTAMENTO DE FERIAS   | 0,00           | 2.043,70 D |
| 247 ADICIONAL NOTURNO 40%            | 1.544,03 | 4.353,50 P  | 989 INSS 13 SAL.RESCISAO     | 7,50           | 40,16 D    |
| 294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO       | 185,02   | 185,02 P    | 998 I.N.S.S.                 | 318,10         | 6.451,37 D |
| 805 MEDIA VALOR FERIAS               | 0,58     | 0,58 P      | 999 IMPOSTO DE RENDA         | 82,50          | 675,43 D   |
| 806 MEDIA HORAS FERIAS               | 225,16   | 225,16 P    | 8792 DIAS FALTAS             | 1,00           | 46,59 D    |
| 807 VANTAGENS FERIAS                 | 215,97   | 215,97 P    | 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS | 30,00          | 2.757,41 D |
| 817 VANTAGEM FER PROPORCIONAL        | 7,00     | 121,92 P    |                              |                |            |
| 818 MEDIA HR FERIAS VENCIDAS         | 1,00     | 6,78 P      |                              |                |            |
| 820 VANTAGEM FERIAS VENCIDAS         | 1,00     | 209,00 P    |                              |                |            |
| 894 MEDIA LIC. MATERNIDADE           | 0,00     | 459,24 P    |                              |                |            |
| 931 1/3 DAS FERIAS                   | 66,66    | 557,64 P    |                              |                |            |
| 8011 INSALUB 20% LIC.MATERN          | 60,00    | 627,00 P    |                              |                |            |
| 8013 INSALUB 20% DOENCA              | 20,00    | 209,00 P    |                              |                |            |
| 8169 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCI  | 33,33    | 312,42 P    |                              |                |            |
| 8550 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1   | 4,00     | 465,90 P    |                              |                |            |
| 8553 VANTAGENS 13o RESCISAO          | 4,00     | 69,67 P     |                              |                |            |
| 8781 DIAS NORMAIS                    | 963,00   | 51.903,39 P |                              |                |            |
| 8783 DIAS FERIAS                     | 31,00    | 1.231,21 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 | 56,00    | 2.992,62 P  |                              |                |            |
| 9180 SALDO DE SALARIO DIAS           | 30,00    | 1.397,71 P  |                              |                |            |
| 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR   | 100,00   | 390,13 P    |                              |                |            |
|                                      |          |             |                              | Líquido Geral: | 68.408,79  |

Situações

|                                             |    |                                     |           |                            |           |
|---------------------------------------------|----|-------------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|
| numero de empregados:                       | 40 | Salário contribuição empregados:    | 79.122,07 | Base IRRF Mensal:          | 65.221,85 |
| numero de estagiários:                      | 0  | Salário contribuição contribuintes: | 0,00      | Valor IRRF Mensal:         | 675,43    |
| trabalhando:                                | 33 | Excedente:                          | 0,00      | Base IRRF Férias:          | 1.854,11  |
| estado direitos integrais:                  | 0  | Base total:                         | 79.122,07 | Valor IRRF Férias:         | 0,00      |
| estado acidente de trabalho:                | 0  | Segurados:                          | 6.810,95  | Base IRRF Partic. Lucros:  | 0,00      |
| estado serviço militar:                     | 0  | Empresa:                            | 0,00      | Valor IRRF Partic. Lucros: | 0,00      |
| período maternidade:                        | 3  | RAT:                                | 0,00      | Base IRRF Exterior:        | 0,00      |
| período maternidade INSS:                   | 0  | Contribuintes:                      | 0,00      | Valor IRRF Exterior:       | 0,00      |
| maternidade:                                | 2  | Sub-Total:                          | 6.810,95  | Base IRRF 13º Salário:     | 495,41    |
| maternidade Profissional:                   | 0  | Retenções:                          | 0,00      | Valor IRRF 13º Salário:    | 0,00      |
| maternidade sem vencimento:                 | 0  | (-) Salário família/maternidade:    | 6.430,07  | Valor Total do IRRF:       | 675,43    |
| reintegrado:                                | 1  | Compensações:                       | 0,00      | IRRF Aluguéis:             | 0,00      |
| transferido:                                | 0  | Valores pagos a Cooperativas:       | 0,00      | IRRF contribuintes:        | 0,00      |
| maternidade:                                | 1  | Outras Compensações:                | 0,00      | Base do FGTS:              | 79.122,07 |
| estado sindical:                            | 0  | Total:                              | 380,88    | Valor do FGTS:             | 6.329,54  |
| maternidade:                                | 0  | Terceiros:                          | 0,00      | Base do FGTS Aprendiz:     | 0,00      |
| maternidade curso/programa de qualificação: | 0  | Total INSS:                         | 380,88    | Valor do FGTS Aprendiz:    | 0,00      |
| maternidade justificada:                    | 0  |                                     |           | Base FGTS - GRRF:          | 0,00      |
| maternidade motivos de afastamento:         | 0  |                                     |           | FGTS - GRRF:               | 0,00      |
| maternidade dissídios:                      | 1  |                                     |           | Base FGTS mes ant. - GRRF: | 0,00      |
| numero de contribuintes:                    | 0  |                                     |           | FGTS mes ant. - GRRF:      | 0,00      |
|                                             |    |                                     |           | Base PIS:                  | 0,00      |
|                                             |    |                                     |           | Valor PIS:                 | 0,00      |
|                                             |    |                                     |           | Base ISS:                  | 0,00      |
|                                             |    |                                     |           | Valor ISS:                 | 0,00      |

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

Líquido Geral: 68.408,79





## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.681,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e oitenta e um 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 03/06/2020 21:04:42

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Ódigo | Descrição             | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|-----------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.397,71             |                    |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00               |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40% | 88,00      | 223,63               |                    |
| 998   | I.N.S.S.              | 8,14       |                      | 149,05             |
|       |                       |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                       |            | 1.830,34             | 149,05             |
|       |                       |            | Valor Líquido →      | 1.681,29           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| 1.397,71     | 1.830,34         | 1.830,34        | 146,42         | 1.491,70        | 0,00       |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Ódigo | Descrição             | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|-----------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.397,71             |                    |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00               |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40% | 88,00      | 223,63               |                    |
| 998   | I.N.S.S.              | 8,14       |                      | 149,05             |
|       |                       |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                       |            | 1.830,34             | 149,05             |
|       |                       |            | Valor Líquido →      | 1.681,29           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| 1.397,71     | 1.830,34         | 1.830,34        | 146,42         | 1.491,70        | 0,00       |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 2.790,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                   | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                     | DIAS NORMAIS                             | 25,00            | 2.123,68             |                    |
| 3870                     | DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS     | 5,00             | 424,73               |                    |
| 16                       | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00            | 174,17               |                    |
| 3230                     | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00            | 34,83                |                    |
| 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           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                                          |                  |                      |                    |
| Conta corrente: 198732-1 |                                          |                  |                      |                    |
| Agência: 0178 - 3        |                                          |                  |                      |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS                         | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Cálcl. IRRF   |
| 2.548,41                 | 3.128,09                                 | 3.128,09         | 250,24               | 2.451,92           |
|                          |                                          |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                          |                                          |                  |                      | 7,50               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                   | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                     | DIAS NORMAIS                             | 25,00            | 2.123,68             |                    |
| 3870                     | DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS     | 5,00             | 424,73               |                    |
| 16                       | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00            | 174,17               |                    |
| 3230                     | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00            | 34,83                |                    |
| 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           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                                          |                  |                      |                    |
| Conta corrente: 198732-1 |                                          |                  |                      |                    |
| Agência: 0178 - 3        |                                          |                  |                      |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS                         | Base Cálcl. FGTS | FGTS do Mês          | Base Cálcl. IRRF   |
| 2.548,41                 | 3.128,09                                 | 3.128,09         | 250,24               | 2.451,92           |
|                          |                                          |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                          |                                          |                  |                      | 7,50               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 2.812,83 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 doze reais e oitenta e três centavos)

---

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                  | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 2.548,41             |                    |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 95,20            | 441,11               |                    |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,59             |                      | 306,72             |
| 999                     | IMPOSTO DE RENDA      | 15,00            |                      | 78,97              |
|                         |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                         |                       |                  | 3.198,52             | 385,69             |
|                         |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 2.812,83           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       |                  |                      |                    |
| Conta corrente: 19432-8 |                       |                  |                      |                    |
| Agência: 448 - 0        |                       |                  |                      |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    |
| 2.548,41                | 3.198,52              | 3.198,52         | 255,88               | 2.891,80           |
|                         |                       |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                         |                       |                  |                      | 15,00              |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                  | Descrição             | Referência       | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                | Descontos          |
|-------------------------|-----------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 2.548,41                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 95,20            | 441,11                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 998                     | I.N.S.S.              | 9,59             |                                                                                                                                                                                                                            | 306,72             |
| 999                     | IMPOSTO DE RENDA      | 15,00            |                                                                                                                                                                                                                            | 78,97              |
|                         |                       |                  | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                         |                       |                  | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                       | Total de Descontos |
|                         |                       |                  | 3.198,52                                                                                                                                                                                                                   | 385,69             |
|                         |                       |                  | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                            | 2.812,83           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       | Agência: 448 - 0 |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Conta corrente: 19432-8 |                       |                  |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS  | F.G.T.S do Mês                                                                                                                                                                                                             | Base Calc. IRRF    |
| 2.548,41                | 3.198,52              | 3.198,52         | 255,88                                                                                                                                                                                                                     | 2.891,80           |
|                         |                       |                  |                                                                                                                                                                                                                            | Faixa IRRF         |
|                         |                       |                  |                                                                                                                                                                                                                            | 15,00              |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                               | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|---------------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2122   | ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA<br>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           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   | Agência: 448 - 0 |                      |                    |
| Conta corrente: 19481-6 |                   |                  |                      |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS  | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    |
| 1.397,71                | 1.606,71          | 1.606,71         | 128,53               | 1.098,61           |
|                         |                   |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                         |                   |                  |                      | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Ódigo                   | Descrição         | Referência       | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                 | Descontos          |
|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS      | 30,00            | 1.397,71                                                                                                                                                                                                                    | 128,92             |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00            | 209,00                                                                                                                                                                                                                      |                    |
| 998                     | I.N.S.S.          | 8,02             |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
|                         |                   |                  | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>'Dr. Oswaldo Brandli Faria' de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                         |                   |                  | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                        | Total de Descontos |
|                         |                   |                  | 1.606,71                                                                                                                                                                                                                    | 128,92             |
|                         |                   |                  | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                             | 1.477,79           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Conta corrente: 19481-6 |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Agência: 448 - 0        |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês                                                                                                                                                                                                              | Base Cálcl. IRRF   |
| 1.397,71                | 1.606,71          | 1.606,71         | 128,53                                                                                                                                                                                                                      | Faixa IRRF         |
|                         |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                             | 0,00               |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.644,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA, na conta 19.476, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e seiscentos e quarenta e quatro 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                          | CBO                  | Departamento | Filial |
|--------|----------------------------------------------|----------------------|--------------|--------|
| 2123   | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA<br>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% | 72,00            | 182,97                      |                           |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| 998                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | I.N.S.S.              | 8,12             |                             | 145,39                    |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                  | 1.789,68                    | 145,39                    |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.644,29                  |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| BANCO DO BRASIL 1<br>Conta corrente: 19476-x      Agência: 448 - 0                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                  |                             |                           |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| <table border="0"> <tr> <td>Salário Base</td> <td>Sal. Contr. INSS</td> <td>Base Cálcl. FGTS</td> <td>F.G.T.S do Mês</td> <td>Base Cálcl. IRRF</td> <td>Faixa IRRF</td> </tr> <tr> <td>1.397,71</td> <td>1.789,68</td> <td>1.789,68</td> <td>143,17</td> <td>1.644,29</td> <td>0,00</td> </tr> </table> |                       |                  |                             |                           | Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF | 1.397,71 | 1.789,68 | 1.789,68 | 143,17 | 1.644,29 | 0,00 |
| Salário Base                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sal. Contr. INSS      | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês              | Base Cálcl. IRRF          | Faixa IRRF   |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| 1.397,71                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.789,68              | 1.789,68         | 143,17                      | 1.644,29                  | 0,00         |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                          | CBO                  | Departamento | Filial |
|--------|----------------------------------------------|----------------------|--------------|--------|
| 2123   | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA<br>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% | 72,00            | 182,97                      |                           |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| 998                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | I.N.S.S.              | 8,12             |                             | 145,39                    |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                  | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                  | 1.789,68                    | 145,39                    |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                  | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.644,29                  |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| BANCO DO BRASIL 1<br>Conta corrente: 19476-x      Agência: 448 - 0                                                                                                                                                                                                                                      |                       |                  |                             |                           |              |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| <table border="0"> <tr> <td>Salário Base</td> <td>Sal. Contr. INSS</td> <td>Base Cálcl. FGTS</td> <td>F.G.T.S do Mês</td> <td>Base Cálcl. IRRF</td> <td>Faixa IRRF</td> </tr> <tr> <td>1.397,71</td> <td>1.789,68</td> <td>1.789,68</td> <td>143,17</td> <td>1.644,29</td> <td>0,00</td> </tr> </table> |                       |                  |                             |                           | Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF | 1.397,71 | 1.789,68 | 1.789,68 | 143,17 | 1.644,29 | 0,00 |
| Salário Base                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Sal. Contr. INSS      | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês              | Base Cálcl. IRRF          | Faixa IRRF   |                  |                  |                |                  |            |          |          |          |        |          |      |
| 1.397,71                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1.789,68              | 1.789,68         | 143,17                      | 1.644,29                  | 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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Ódigo                   | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.397,71             | 152,71             |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 264,29               |                    |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,16             |                      |                    |
|                         |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                         |                       |                  | 1.871,00             | 152,71             |
|                         |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 1.718,29           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       | Agência: 448 - 0 | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
| Conta corrente: 20148-0 |                       |                  | 1.397,71             | 1.871,00           |
|                         |                       |                  | Base Calc. FGTS      | FGTS do Mês        |
|                         |                       |                  | 1.871,00             | 149,68             |
|                         |                       |                  | Base Calc. IRRF      | Faixa IRRF         |
|                         |                       |                  | 1.149,52             | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

| Ódigo                   | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.397,71             | 152,71             |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 264,29               |                    |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,16             |                      |                    |
|                         |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                         |                       |                  | 1.871,00             | 152,71             |
|                         |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 1.718,29           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       | Agência: 448 - 0 | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
| Conta corrente: 20148-0 |                       |                  | 1.397,71             | 1.871,00           |
|                         |                       |                  | Base Calc. FGTS      | FGTS do Mês        |
|                         |                       |                  | 1.871,00             | 149,68             |
|                         |                       |                  | Base Calc. IRRF      | Faixa IRRF         |
|                         |                       |                  | 1.149,52             | 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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 2.513,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 quinhentos e treze 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódiço        | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|--------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 2.548,41             |                    |
| 16           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |
| 247          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 10,34            | 47,91                |                    |
| 998          | I.N.S.S.              | 9,21             |                      | 258,26             |
| 999          | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50             |                      | 34,01              |
|              |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|              |                       |                  | 2.805,32             | 292,27             |
|              |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 2.513,05           |
| Salário Base |                       | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS     | F.G.T.S do Mês     |
| 2.548,41     |                       | 2.805,32         | 2.805,32             | 224,42             |
|              |                       |                  | Base Cálcl. IRRF     | Faixa IRRF         |
|              |                       |                  | 2.357,47             | 7,50               |

BANCO DO BRASIL 1  
Conta: 111247-3

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

| ódiço        | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|--------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 2.548,41             |                    |
| 16           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |
| 247          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 10,34            | 47,91                |                    |
| 998          | I.N.S.S.              | 9,21             |                      | 258,26             |
| 999          | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50             |                      | 34,01              |
|              |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|              |                       |                  | 2.805,32             | 292,27             |
|              |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 2.513,05           |
| Salário Base |                       | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS     | F.G.T.S do Mês     |
| 2.548,41     |                       | 2.805,32         | 2.805,32             | 224,42             |
|              |                       |                  | Base Cálcl. IRRF     | Faixa IRRF         |
|              |                       |                  | 2.357,47             | 7,50               |

BANCO DO BRASIL 1  
Conta: 111247-3

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 2.671,04 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 setenta e um reais e quatro centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/06/2020 21:04:42

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                 | Descrição             | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |
|------------------------|-----------------------|-----------------|----------------------|--------------------|
| 3781                   | DIAS NORMAIS          | 30,00           | 2.548,41             |                    |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00           | 209,00               |                    |
| 247                    | ADICIONAL NOTURNO 40% | 56,00           | 259,47               |                    |
| 998                    | I.N.S.S.              | 9,40            |                      | 283,65             |
| 999                    | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50            |                      | 62,19              |
|                        |                       |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                        |                       |                 | 3.016,88             | 345,84             |
|                        |                       |                 | Valor Líquido ➡      | 2.671,04           |
| BANCO DO BRASIL 1      |                       |                 |                      |                    |
| Conta salário: 88948-2 |                       |                 |                      |                    |
| Agência: 0295 - X      |                       |                 |                      |                    |
| Salário Base           | Sal. Contr. INSS      | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    |
| 2.548,41               | 3.016,88              | 3.016,88        | 241,35               | 2.733,23           |
|                        |                       |                 |                      | Faixa IRRF         |
|                        |                       |                 |                      | 7,50               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                 | Descrição             | Referência | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                 | Descontos          |
|------------------------|-----------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                   | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 2.548,41                                                                                                                                                                                                                    |                    |
| 16                     | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00                                                                                                                                                                                                                      |                    |
| 247                    | ADICIONAL NOTURNO 40% | 56,00      | 259,47                                                                                                                                                                                                                      |                    |
| 998                    | I.N.S.S.              | 9,40       |                                                                                                                                                                                                                             | 283,65             |
| 999                    | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50       |                                                                                                                                                                                                                             | 62,19              |
|                        |                       |            | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196. - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                        |                       |            | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                        | Total de Descontos |
|                        |                       |            | 3.016,88                                                                                                                                                                                                                    | 345,84             |
|                        |                       |            | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                             | 2.671,04           |
| BANCO DO BRASIL 1      |                       |            |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Conta salário: 88948-2 |                       |            |                                                                                                                                                                                                                             |                    |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.711,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódigo                                                            | Descrição                | Referência      | Vencimentos          | Descontos          |            |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------|
| 3784                                                             | SALARIO MATERNIDADE DIAS | 30,00           | 1.397,71             | 152,05             |            |
| 894                                                              | MEDIA LIC. MATERNIDADE   | 0,00            | 257,06               |                    |            |
| 3011                                                             | INSALUB 20% LIC.MATERN   | 20,00           | 209,00               |                    |            |
| 998                                                              | I.N.S.S.                 | 8,16            |                      |                    |            |
|                                                                  |                          |                 | Total de Vencimentos | Total de Descontos |            |
|                                                                  |                          |                 | 1.863,77             | 152,05             |            |
| BANCO DO BRASIL 1<br>Conta corrente: 19425-5<br>Agência: 448 - 0 |                          |                 | Valor Líquido ➡      | 1.711,72           |            |
| Salário Base                                                     | Sal. Contr. INSS         | Base Cálc. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. 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  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Ódigo                                        | Descrição                | Referência      | Vencimentos                                                                                                                                                                                                              | Descontos          |
|----------------------------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3784                                         | SALARIO MATERNIDADE DIAS | 30,00           | 1.397,71                                                                                                                                                                                                                 | 152,05             |
| 894                                          | MEDIA LIC. MATERNIDADE   | 0,00            | 257,06                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 3011                                         | INSALUB 20% LIC.MATERN   | 20,00           | 209,00                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 998                                          | I.N.S.S.                 | 8,16            |                                                                                                                                                                                                                          |                    |
|                                              |                          |                 | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                                              |                          |                 | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                     | Total de Descontos |
|                                              |                          |                 | 1.863,77                                                                                                                                                                                                                 | 152,05             |
|                                              |                          |                 | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                          | 1.711,72           |
| BANCO DO BRASIL 1<br>Conta corrente: 19425-5 |                          |                 | Agência: 448 - 0                                                                                                                                                                                                         |                    |
| Salário Base                                 | Sal. Contr. INSS         | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês                                                                                                                                                                                                           | Base Calc. IRRF    |
| 1.397,71                                     | 1.863,77                 | 1.863,77        | 149,10                                                                                                                                                                                                                   | 1.522,13           |
|                                              |                          |                 |                                                                                                                                                                                                                          | Faixa IRRF         |
|                                              |                          |                 |                                                                                                                                                                                                                          | 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 Brandão Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | 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           |
|              |                  |                 |             |                      |                    |
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF      | Faixa IRRF         |
| 1.397,71     | 1.606,71         | 1.606,71        | 128,53      | 1.288,20             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1  
Conta: 20619-9

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | 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             |
| BANCO DO BRASIL 1 |                  |                 |                | Valor Líquido ➡      | 1.477,79           |
| Conta: 20619-9    |                  |                 |                |                      |                    |
| Agência: 448 - 0  |                  |                 |                |                      |                    |
| Salário Base      | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF      | Faixa IRRF         |
| 1.397,71          | 1.606,71         | 1.606,71        | 128,53         | 1.288,20             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1  
Conta: 20619-9

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.736,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e trinta e seis reais e oitenta e um centavos)

---

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódigo | Descrição             | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|-----------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.397,72             | 154,54             |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00               |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00     | 284,63               |                    |
| 998   | I.N.S.S.              | 8,17       |                      |                    |
|       |                       |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                       |            | 1.891,35             | 154,54             |
|       |                       |            | Valor Líquido ➡      | 1.736,81           |

|                   |  |                  |  |              |                  |                 |                |                 |            |
|-------------------|--|------------------|--|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| BANCO DO BRASIL 1 |  | Agência: 448 - 0 |  | Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| Conta: 20671-7    |  |                  |  | 1.397,72     | 1.891,35         | 1.891,35        | 151,30         | 1.736,81        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódigo | Descrição             | Referência | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                | Descontos          |
|-------|-----------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.397,72                                                                                                                                                                                                                   | 154,54             |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00     | 284,63                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 998   | I.N.S.S.              | 8,17       |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
|       |                       |            | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|       |                       |            | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                       | Total de Descontos |
|       |                       |            | 1.891,35                                                                                                                                                                                                                   | 154,54             |
|       |                       |            | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                            | 1.736,81           |

|                   |  |                  |  |              |                  |                 |                |                 |            |
|-------------------|--|------------------|--|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| BANCO DO BRASIL 1 |  | Agência: 448 - 0 |  | Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| Conta: 20671-7    |  |                  |  | 1.397,72     | 1.891,35         | 1.891,35        | 151,30         | 1.736,81        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.542,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

---

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril 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% | 128,00     | 277,29      |           |
| 998   | I.N.S.S.              | 8,07       |             | 135,32    |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19413-1

Agência: 448 - 0

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| 1.191,49     | 1.677,78         | 1.677,78       | 134,22         | 1.542,46       | 0,00       |

\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 04 DE MAIO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril 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% | 128,00     | 277,29      |           |
| 998   | I.N.S.S.              | 8,07       |             | 135,32    |

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19413-1

Agência: 448 - 0

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| 1.191,49     | 1.677,78         | 1.677,78       | 134,22         | 1.542,46       | 0,00       |

\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 04 DE MAIO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.503,05 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e três 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

Admissão: 04/10/2017

| Código       | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |                 |            |
|--------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|-----------------|------------|
| 3781         | DIAS NORMAIS                             | 15,00            | 698,85               |                    |                 |            |
| 3870         | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 15,00            | 698,86               |                    |                 |            |
| 16           | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00            | 97,53                |                    |                 |            |
| 3230         | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00            | 104,50               |                    |                 |            |
| 247          | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 32,00            | 81,32                |                    |                 |            |
| 998          | I.N.S.S.                                 | 8,04             |                      | 131,42             |                 |            |
| 3792         | DIAS FALTAS                              | 1,00             |                      | 46,59              |                 |            |
|              |                                          |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |                 |            |
|              |                                          |                  | 1.681,06             | 178,01             |                 |            |
|              |                                          |                  | Valor Líquido ➡      | 1.503,05           |                 |            |
| Salário Base |                                          | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS      | F.G.T.S do Mês     | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.397,71     |                                          | 1.634,47         | 1.634,47             | 130,75             | 1.123,87        | 0,00       |

\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE MARÇO DE 2017

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE MAIO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                                      | Descrição                                | Referência | Vencimentos                                                                                                                                                                                                              | Descontos          |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                                        | DIAS NORMAIS                             | 15,00      | 698,85                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 3870                                        | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 15,00      | 698,86                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 16                                          | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00      | 97,53                                                                                                                                                                                                                    |                    |
| 3230                                        | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00      | 104,50                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 247                                         | ADICIONAL NOTURNO 40%                    | 32,00      | 81,32                                                                                                                                                                                                                    |                    |
| 998                                         | I.N.S.S.                                 | 8,04       |                                                                                                                                                                                                                          | 131,42             |
| 3792                                        | DIAS FALTAS                              | 1,00       |                                                                                                                                                                                                                          | 46,59              |
|                                             |                                          |            | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090195 - Hospital Estadual<br>Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                                             |                                          |            | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                     | Total de Descontos |
|                                             |                                          |            | 1.681,06                                                                                                                                                                                                                 | 178,01             |
|                                             |                                          |            | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                          | 1.503,05           |
| BANCO DO BRASIL 1<br>Conta corrente: 7621-X |                                          |            |                                                                                                                                                                                                                          |                    |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE MAIO \*\*\*

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

Admissão: 04/10/2017

| Código                  | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00            | 1.351,12             |                    |
| 3870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA 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%                    | 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           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          | Agência: 448 - 0 |                      |                    |
| Conta corrente: 14727-3 |                                          |                  |                      |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Cálcl. IRRF   |
| 1.397,71                | 1.871,00                                 | 1.871,00         | 149,68               | 1.718,29           |
|                         |                                          |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                         |                                          |                  |                      | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Admissão: 04/10/2017

| Código                  | Descrição                                | Referência       | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                | Descontos          |
|-------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS                             | 29,00            | 1.351,12                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 3870                    | DIAS AFAST. P/DOENÇA 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%                    | 104,00           | 264,29                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 998                     | I.N.S.S.                                 | 8,16             |                                                                                                                                                                                                                            | 152,71             |
|                         |                                          |                  | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                         |                                          |                  | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                       | Total de Descontos |
|                         |                                          |                  | 1.871,00                                                                                                                                                                                                                   | 152,71             |
|                         |                                          |                  | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                            | 1.718,29           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                          |                  |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Conta corrente: 14727-3 |                                          |                  |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Agência: 448 - 0        |                                          |                  |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS                         | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês                                                                                                                                                                                                             | Base Cálcl. IRRF   |
| 1.397,71                | 1.871,00                                 | 1.871,00         | 149,68                                                                                                                                                                                                                     | 1.718,29           |
|                         |                                          |                  |                                                                                                                                                                                                                            | Faixa IRRF         |
|                         |                                          |                  |                                                                                                                                                                                                                            | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário               | CBO                  | Departamento | Filial |
|--------|-----------------------------------|----------------------|--------------|--------|
| 2135   | EDILENE MANOEL<br>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           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| 1.397,71     | 1.606,71         | 1.606,71        | 128,53         | 1.288,20        | 0,00       |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário               | CBO                  | Departamento | Filial |
|--------|-----------------------------------|----------------------|--------------|--------|
| 2135   | EDILENE MANOEL<br>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           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| 1.397,71     | 1.606,71         | 1.606,71        | 128,53         | 1.288,20        | 0,00       |

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e setenta e sete reais e 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                            | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|------------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2136   | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES<br>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           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                   | Agência: 448 - 0 |                      |                    |
| Conta corrente: 108275-2 |                   |                  |                      |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS  | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    |
| 1.397,71                 | 1.606,71          | 1.606,71         | 128,53               | 1.477,79           |
|                          |                   |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                          |                   |                  |                      | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

| Código                   | Descrição         | Referência       | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                 | Descontos          |
|--------------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                     | DIAS NORMAIS      | 30,00            | 1.397,71                                                                                                                                                                                                                    | 128,92             |
| 16                       | INSALUBRIDADE 20% | 20,00            | 209,00                                                                                                                                                                                                                      |                    |
| 998                      | I.N.S.S.          | 8,02             |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
|                          |                   |                  | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196.- Hospital Estadual<br>'Dr. Oswaldo Brandli Faria' de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                          |                   |                  | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                        | Total de Descontos |
|                          |                   |                  | 1.606,71                                                                                                                                                                                                                    | 128,92             |
|                          |                   |                  | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                             | 1.477,79           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                   | Agência: 448 - 0 |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Conta corrente: 108275-2 |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                             |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS  | Base Calc. FGTS  | F.G.T.S do Mês                                                                                                                                                                                                              | Base Calc. IRRF    |
| 1.397,71                 | 1.606,71          | 1.606,71         | 128,53                                                                                                                                                                                                                      | Faixa IRRF         |
|                          |                   |                  |                                                                                                                                                                                                                             | 0,00               |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 1.397,71             |                    |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 209,00               |                    |
| 998    | I.N.S.S.          | 8,02       |                      | 128,92             |
|        |                   |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|        |                   |            | 1.606,71             | 128,92             |
|        |                   |            | Valor Líquido ➡      | 1.477,79           |
|        |                   |            | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|        |                   |            | 1.397,71             | 1.606,71           |
|        |                   |            | Base Cál. FGTS       | FGTS do Mês        |
|        |                   |            | 1.606,71             | 128,53             |
|        |                   |            | Base Cál. IRRF       | Faixa IRRF         |
|        |                   |            | 1.098,61             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19478-6

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 1.397,71             |                    |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 209,00               |                    |
| 998    | I.N.S.S.          | 8,02       |                      | 128,92             |
|        |                   |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|        |                   |            | 1.606,71             | 128,92             |
|        |                   |            | Valor Líquido ➡      | 1.477,79           |
|        |                   |            | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|        |                   |            | 1.397,71             | 1.606,71           |
|        |                   |            | Base Cál. FGTS       | FGTS do Mês        |
|        |                   |            | 1.606,71             | 128,53             |
|        |                   |            | Base Cál. IRRF       | Faixa IRRF         |
|        |                   |            | 1.098,61             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19478-6

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.337,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | Descrição             | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-----------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781   | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.191,49             |                    |
| 16     | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00               |                    |
| 247    | ADICIONAL NOTURNO 40% | 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           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. 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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | Descrição             | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-----------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781   | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.191,49             |                    |
| 16     | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00               |                    |
| 247    | ADICIONAL NOTURNO 40% | 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           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. 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 Brandão Faria" de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.247,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e duzentos e quarenta e sete reais e treze centavos)

---

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Ódigo | Descrição              | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS           | 29,00      | 1.151,77             |                    |
| 805   | MEDIA VALOR FERIAS     | 0,58       | 0,58                 |                    |
| 806   | MEDIA HORAS FERIAS     | 0,58       | 0,58                 |                    |
| 807   | VANTAGENS FERIAS       | 6,97       | 6,97                 |                    |
| 931   | 1/3 DAS FERIAS         | 33,33      | 15,95                |                    |
| 3783  | DIAS FERIAS            | 1,00       | 39,72                |                    |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%      | 20,00      | 202,03               |                    |
| 937   | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00       |                      | 58,57              |
| 812   | INSS FERIAS            | 8,18       |                      | 5,23               |
| 821   | INSS DIFERENCA FERIAS  | 0,00       |                      | 0,51               |
| 998   | I.N.S.S.               | 7,84       |                      | 106,16             |
|       |                        |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                        |            | 1.417,60             | 170,47             |
|       |                        |            | Valor Líquido ➡      | 1.247,13           |

|                         |                  |  |  |  |  |
|-------------------------|------------------|--|--|--|--|
| ANCO DO BRASIL 1        | Agência: 448 - 0 |  |  |  |  |
| Conta corrente: 19436-0 |                  |  |  |  |  |

|              |                  |                 |             |                 |            |
|--------------|------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.191,49     | 1.417,60         | 1.417,60        | 113,40      | 1.247,13        | 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  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Ódigo | Descrição              | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS           | 29,00      | 1.151,77             |                    |
| 805   | MEDIA VALOR FERIAS     | 0,58       | 0,58                 |                    |
| 806   | MEDIA HORAS FERIAS     | 0,58       | 0,58                 |                    |
| 807   | VANTAGENS FERIAS       | 6,97       | 6,97                 |                    |
| 931   | 1/3 DAS FERIAS         | 33,33      | 15,95                |                    |
| 3783  | DIAS FERIAS            | 1,00       | 39,72                |                    |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%      | 20,00      | 202,03               |                    |
| 937   | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00       |                      | 58,57              |
| 812   | INSS FERIAS            | 8,18       |                      | 5,23               |
| 821   | INSS DIFERENCA FERIAS  | 0,00       |                      | 0,51               |
| 998   | I.N.S.S.               | 7,84       |                      | 106,16             |
|       |                        |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                        |            | 1.417,60             | 170,47             |
|       |                        |            | Valor Líquido ➡      | 1.247,13           |

|                         |                  |  |  |  |  |
|-------------------------|------------------|--|--|--|--|
| ANCO DO BRASIL 1        | Agência: 448 - 0 |  |  |  |  |
| Conta corrente: 19436-0 |                  |  |  |  |  |

|              |                  |                 |             |                 |            |
|--------------|------------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | FGTS do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.191,49     | 1.417,60         | 1.417,60        | 113,40      | 1.247,13        | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.699,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                   | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3870                     | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 30,00            | 1.397,71             |                    |
| 9230                     | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 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           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                                          |                  |                      |                    |
| Conta corrente: 107885-2 |                                          | Agência: 448 - 0 |                      |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS  | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    |
| 1.397,71                 | 1.850,67                                 | 1.850,67         | 148,05               | 1.320,61           |
|                          |                                          |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                          |                                          |                  |                      | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

| Código                   | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3870                     | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 30,00            | 1.397,71             |                    |
| 9230                     | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 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           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                                          |                  |                      |                    |
| Conta corrente: 107885-2 |                                          | Agência: 448 - 0 |                      |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS                         | Base Calc. FGTS  | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    |
| 1.397,71                 | 1.850,67                                 | 1.850,67         | 148,05               | 1.320,61           |
|                          |                                          |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                          |                                          |                  |                      | 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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 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           |
|        |                   |            | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|        |                   |            | 1.397,71             | 1.606,71           |
|        |                   |            | Base Cál. FGTS       | FGTS do Mês        |
|        |                   |            | 1.606,71             | 128,53             |
|        |                   |            | Base Cál. IRRF       | Faixa IRRF         |
|        |                   |            | 1.477,79             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19414-X

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 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           |
|        |                   |            | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|        |                   |            | 1.397,71             | 1.606,71           |
|        |                   |            | Base Cál. FGTS       | FGTS do Mês        |
|        |                   |            | 1.606,71             | 128,53             |
|        |                   |            | Base Cál. IRRF       | Faixa IRRF         |
|        |                   |            | 1.477,79             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19414-X

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 2.878,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódiço             | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781              | DIAS NORMAIS                             | 25,00            | 2.123,68             |                    |
| 3870              | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 5,00             | 424,73               |                    |
| 16                | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00            | 174,17               |                    |
| 3230              | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00            | 34,83                |                    |
| 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           |
| BANCO DO BRASIL 1 |                                          | Agência: 448 - 0 | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|                   |                                          |                  | 2.548,41             | 3.257,41           |
|                   |                                          |                  | Base Calc. FGTS      | Base Calc. IRRF    |
|                   |                                          |                  | 3.257,41             | 2.752,85           |
|                   |                                          |                  | F.G.T.S do Mês       | Faixa IRRF         |
|                   |                                          |                  | 260,59               | 7,50               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódiço             | Descrição                                | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781              | DIAS NORMAIS                             | 25,00            | 2.123,68             |                    |
| 3870              | DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS     | 5,00             | 424,73               |                    |
| 16                | INSALUBRIDADE 20%                        | 20,00            | 174,17               |                    |
| 3230              | INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS | 20,00            | 34,83                |                    |
| 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           |
| BANCO DO BRASIL 1 |                                          | Agência: 448 - 0 | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|                   |                                          |                  | 2.548,41             | 3.257,41           |
|                   |                                          |                  | Base Calc. FGTS      | Base Calc. IRRF    |
|                   |                                          |                  | 3.257,41             | 2.752,85           |
|                   |                                          |                  | F.G.T.S do Mês       | Faixa IRRF         |
|                   |                                          |                  | 260,59               | 7,50               |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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: UTIMIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código       | Descrição         | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |                 |            |
|--------------|-------------------|------------------|----------------------|--------------------|-----------------|------------|
| 3781         | DIAS NORMAIS      | 30,00            | 1.397,71             |                    |                 |            |
| 16           | INSALUBRIDADE 20% | 20,00            | 209,00               |                    |                 |            |
| 998          | I.N.S.S.          | 8,02             |                      | 128,92             |                 |            |
|              |                   |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |                 |            |
|              |                   |                  | 1.606,71             | 128,92             |                 |            |
|              |                   |                  | Valor Líquido ➡      | 1.477,79           |                 |            |
| Salário Base |                   | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS      | F.G.T.S do Mês     | Base Calc. 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

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

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

| Código       | Descrição         | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |                 |            |
|--------------|-------------------|------------------|----------------------|--------------------|-----------------|------------|
| 3781         | DIAS NORMAIS      | 30,00            | 1.397,71             |                    |                 |            |
| 16           | INSALUBRIDADE 20% | 20,00            | 209,00               |                    |                 |            |
| 998          | I.N.S.S.          | 8,02             |                      | 128,92             |                 |            |
|              |                   |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |                 |            |
|              |                   |                  | 1.606,71             | 128,92             |                 |            |
|              |                   |                  | Valor Líquido ➡      | 1.477,79           |                 |            |
| Salário Base |                   | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS      | F.G.T.S do Mês     | Base Calc. 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



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.736,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e trinta e 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código                  | Nome do Funcionário                          | CBO                            | Departamento         | Filial             |
|-------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------|
| 2148                    | LUCAS CARVALHO DOS SANTOS<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205<br>Admissão: 04/10/2017 | 600                  | 1                  |
| Ódigo                   | Descrição                                    | Referência                     | Vencimentos          | Descontos          |
| 3781                    | DIAS NORMAIS                                 | 30,00                          | 1.397,71             |                    |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                            | 20,00                          | 209,00               |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%                        | 112,00                         | 284,62               |                    |
| 998                     | I.N.S.S.                                     | 8,17                           |                      | 154,53             |
|                         |                                              |                                | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                         |                                              |                                | 1.891,33             | 154,53             |
|                         |                                              |                                | Valor Líquido ➡      | 1.736,80           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                              | Agência: 448 - 0               | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
| Conta corrente: 19412-3 |                                              |                                | 1.397,71             | 1.891,33           |
|                         |                                              |                                | Base Cál. FGTS       | F.G.T.S do Mês     |
|                         |                                              |                                | 1.891,33             | 151,30             |
|                         |                                              |                                | Base Cál. IRRF       | Faixa IRRF         |
|                         |                                              |                                | 1.736,80             | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código                  | Nome do Funcionário                          | CBO                            | Departamento         | Filial             |
|-------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------|
| 2148                    | LUCAS CARVALHO DOS SANTOS<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205<br>Admissão: 04/10/2017 | 600                  | 1                  |
| Ódigo                   | Descrição                                    | Referência                     | Vencimentos          | Descontos          |
| 3781                    | DIAS NORMAIS                                 | 30,00                          | 1.397,71             |                    |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%                            | 20,00                          | 209,00               |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40%                        | 112,00                         | 284,62               |                    |
| 998                     | I.N.S.S.                                     | 8,17                           |                      | 154,53             |
|                         |                                              |                                | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                         |                                              |                                | 1.891,33             | 154,53             |
|                         |                                              |                                | Valor Líquido ➡      | 1.736,80           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                                              | Agência: 448 - 0               | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
| Conta corrente: 19412-3 |                                              |                                | 1.397,71             | 1.891,33           |
|                         |                                              |                                | Base Cál. FGTS       | F.G.T.S do Mês     |
|                         |                                              |                                | 1.891,33             | 151,30             |
|                         |                                              |                                | Base Cál. IRRF       | Faixa IRRF         |
|                         |                                              |                                | 1.736,80             | 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 Brandão Faria" de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                         | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|---------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2149   | MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO<br>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                    |
|       |                   |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|       |                   |            | 1.606,71                    | 128,92                    |
|       |                   |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.477,79                  |

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                         | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|---------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2149   | MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO<br>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                    |
|       |                   |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|       |                   |            | 1.606,71                    | 128,92                    |
|       |                   |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.477,79                  |

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.336,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                  | Descrição         | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------------|-------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS      | 30,00            | 1.242,33             |                    |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00            | 209,00               |                    |
| 998                     | I.N.S.S.          | 7,92             |                      | 114,93             |
|                         |                   |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                         |                   |                  | 1.451,33             | 114,93             |
|                         |                   |                  | Valor Líquido ➡      | 1.336,40           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |                  |                      |                    |
| Conta corrente: 16147-0 |                   |                  |                      |                    |
| Agência: 448 - 0        |                   |                  |                      |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês       | Base Cálcl. IRRF   |
| 1.242,33                | 1.451,33          | 1.451,33         | 116,10               | 1.336,40           |
|                         |                   |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                         |                   |                  |                      | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                  | Descrição         | Referência | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                | Descontos          |
|-------------------------|-------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 1.242,33                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 209,00                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 998                     | I.N.S.S.          | 7,92       |                                                                                                                                                                                                                            | 114,93             |
|                         |                   |            | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                         |                   |            | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                       | Total de Descontos |
|                         |                   |            | 1.451,33                                                                                                                                                                                                                   | 114,93             |
|                         |                   |            | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                            | 1.336,40           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   |            |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Conta corrente: 16147-0 |                   |            |                                                                                                                                                                                                                            |                    |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                          | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|----------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2721   | NATALIA PAZINATO DA SILVA<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205    | 600          | 1      |
|        |                                              | 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             |
|                         |                   |                  | Valor Líquido ➡      | 1.477,79           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                   | Agência: 373 - 5 |                      |                    |
| Conta corrente: 26458-X |                   |                  |                      |                    |
| Salário Base            | Sal. Contr. INSS  | Base Cál. FGTS   | F.G.T.S do Mês       | Base Cál. IRRF     |
| 1.397,71                | 1.606,71          | 1.606,71         | 128,53               | 1.477,79           |
|                         |                   |                  |                      | Faixa IRRF         |
|                         |                   |                  |                      | 0,00               |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Admissão: 23/01/2019

| Código                                                           | Descrição         | Referência     | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                | Descontos          |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                                                             | DIAS NORMAIS      | 30,00          | 1.397,71                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 16                                                               | INSALUBRIDADE 20% | 20,00          | 209,00                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 998                                                              | I.N.S.S.          | 8,02           |                                                                                                                                                                                                                            | 128,92             |
|                                                                  |                   |                | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090166 - Hospital Estadual<br>'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                                                                  |                   |                | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                       | Total de Descontos |
|                                                                  |                   |                | 1.606,71                                                                                                                                                                                                                   | 128,92             |
|                                                                  |                   |                | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                            | 1.477,79           |
| BANCO DO BRASIL 1<br>Conta corrente: 26458-X<br>Agência: 373 - 5 |                   |                |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
| Salário Base                                                     | Sal. Contr. INSS  | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês                                                                                                                                                                                                             | Base Cál. IRRF     |
| 1.397,71                                                         | 1.606,71          | 1.606,71       | 128,53                                                                                                                                                                                                                     | 1.477,79           |
|                                                                  |                   |                |                                                                                                                                                                                                                            | Faixa IRRF         |
|                                                                  |                   |                |                                                                                                                                                                                                                            | 0,00               |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 001/2020  
 Fonte Recurso Estadual  
 Secretaria do Estado da Saúde  
 UGE: 090186 - Hospital Estadual  
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 2.624,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | 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           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | FGTS do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|------------------|-------------|------------------|------------|
| 2.548,41     | 2.959,59         | 2.959,59         | 236,76      | 2.682,82         | 7,50       |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

| Código | 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           |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | FGTS do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|------------------|-------------|------------------|------------|
| 2.548,41     | 2.959,59         | 2.959,59         | 236,76      | 2.682,82         | 7,50       |

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.736,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                  | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |
|-------------------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.397,71             | 154,53             |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00           | 284,62               |                    |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,17             |                      |                    |
|                         |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                         |                       |                  | 1.891,33             | 154,53             |
|                         |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 1.736,80           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       | Agência: 448 - 0 | Base Cál. IRRF       | Faixa IRRF         |
| Conta corrente: 19428-X | Sal. Contr. INSS      | Base Cál. FGTS   | FGTS do Mês          |                    |
| 1.397,71                | 1.891,33              | 1.891,33         | 151,30               | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19428-X

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código                  | Descrição             | Referência       | Vencimentos                                                                                                                                                                                                                | Descontos          |
|-------------------------|-----------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781                    | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.397,71                                                                                                                                                                                                                   | 154,53             |
| 16                      | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 247                     | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00           | 284,62                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| 998                     | I.N.S.S.              | 8,17             |                                                                                                                                                                                                                            |                    |
|                         |                       |                  | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|                         |                       |                  | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                       | Total de Descontos |
|                         |                       |                  | 1.891,33                                                                                                                                                                                                                   | 154,53             |
|                         |                       |                  | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                            | 1.736,80           |
| BANCO DO BRASIL 1       |                       | Agência: 448 - 0 | Salário Base                                                                                                                                                                                                               | Sal. Contr. INSS   |
| Conta corrente: 19428-X |                       |                  | Base Cál. FGTS                                                                                                                                                                                                             | F.G.T.S do Mês     |
|                         |                       |                  | Base Cál. IRRF                                                                                                                                                                                                             | Faixa IRRF         |
|                         |                       |                  | 1.397,71                                                                                                                                                                                                                   | 1.891,33           |
|                         |                       |                  | 1.891,33                                                                                                                                                                                                                   | 151,30             |
|                         |                       |                  | 1.736,80                                                                                                                                                                                                                   | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19428-X

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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: UTIMIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódiço | 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           |
|       |                   |            | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|       |                   |            | 1.397,71             | 1.606,71           |
|       |                   |            | Base Calc. FGTS      | F.G.T.S do Mês     |
|       |                   |            | 1.606,71             | 128,53             |
|       |                   |            | Base Calc. IRRF      | Faixa IRRF         |
|       |                   |            | 1.288,20             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódiço | 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           |
|       |                   |            | Salário Base         | Sal. Contr. INSS   |
|       |                   |            | 1.397,71             | 1.606,71           |
|       |                   |            | Base Calc. FGTS      | F.G.T.S do Mês     |
|       |                   |            | 1.606,71             | 128,53             |
|       |                   |            | Base Calc. IRRF      | Faixa IRRF         |
|       |                   |            | 1.288,20             | 0,00               |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 2.490,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quatrocentos e 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código              | Descrição             | Referência              | Vencimentos                 | Descontos                 |
|---------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3781                | DIAS NORMAIS          | 30,00                   | 2.548,41                    |                           |
| 16                  | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00                   | 209,00                      |                           |
| 247                 | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,00                    | 37,07                       |                           |
| 998                 | I.N.S.S.              | 9,20                    |                             | 256,96                    |
| 999                 | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50                    |                             | 47,51                     |
|                     |                       |                         | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|                     |                       |                         | 2.794,48                    | 304,47                    |
|                     |                       |                         | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 2.490,01                  |
| <b>Salário Base</b> |                       | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Cálcl. FGTS</b>     | <b>FGTS do Mês</b>        |
| 2.548,41            |                       | 2.794,48                | 2.794,48                    | 223,55                    |
|                     |                       |                         | <b>Base Cálcl. IRRF</b>     | <b>Faixa IRRF</b>         |
|                     |                       |                         | 2.537,52                    | 7,50                      |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19439-5

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código              | Descrição             | Referência              | Vencimentos                 | Descontos                 |
|---------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3781                | DIAS NORMAIS          | 30,00                   | 2.548,41                    |                           |
| 16                  | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00                   | 209,00                      |                           |
| 247                 | ADICIONAL NOTURNO 40% | 8,00                    | 37,07                       |                           |
| 998                 | I.N.S.S.              | 9,20                    |                             | 256,96                    |
| 999                 | IMPOSTO DE RENDA      | 7,50                    |                             | 47,51                     |
|                     |                       |                         | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|                     |                       |                         | 2.794,48                    | 304,47                    |
|                     |                       |                         | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 2.490,01                  |
| <b>Salário Base</b> |                       | <b>Sal. Contr. INSS</b> | <b>Base Cálcl. FGTS</b>     | <b>FGTS do Mês</b>        |
| 2.548,41            |                       | 2.794,48                | 2.794,48                    | 223,55                    |
|                     |                       |                         | <b>Base Cálcl. IRRF</b>     | <b>Faixa IRRF</b>         |
|                     |                       |                         | 2.537,52                    | 7,50                      |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 61,00 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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.

(Sessenta e um 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódiço | Descrição              | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 806   | MEDIA HORAS FERIAS     | 224,58     | 224,58               |                    |
| 807   | VANTAGENS FERIAS       | 209,00     | 209,00               |                    |
| 931   | 1/3 DAS FERIAS         | 33,33      | 541,69               |                    |
| 3783  | DIAS FERIAS            | 30,00      | 1.191,49             |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40%  | 32,00      | 69,32                |                    |
| 937   | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00       |                      | 1.985,13           |
| 812   | INSS FERIAS            | 8,38       |                      | 181,63             |
| 821   | INSS DIFERENCA FERIAS  | 0,00       |                      | 3,13               |
| 998   | I.N.S.S.               | 7,50       |                      | 5,19               |
|       |                        |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                        |            | 2.236,08             | 2.175,08           |
|       |                        |            | Valor Líquido ➡      | 61,00              |

|              |                  |                |             |                |            |
|--------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.191,49     | 2.236,08         | 2.236,08       | 178,88      | 0,00           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódiço | Descrição              | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 806   | MEDIA HORAS FERIAS     | 224,58     | 224,58               |                    |
| 807   | VANTAGENS FERIAS       | 209,00     | 209,00               |                    |
| 931   | 1/3 DAS FERIAS         | 33,33      | 541,69               |                    |
| 3783  | DIAS FERIAS            | 30,00      | 1.191,49             |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40%  | 32,00      | 69,32                |                    |
| 937   | ADIANTAMENTO DE FERIAS | 0,00       |                      | 1.985,13           |
| 812   | INSS FERIAS            | 8,38       |                      | 181,63             |
| 821   | INSS DIFERENCA FERIAS  | 0,00       |                      | 3,13               |
| 998   | I.N.S.S.               | 7,50       |                      | 5,19               |
|       |                        |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                        |            | 2.236,08             | 2.175,08           |
|       |                        |            | Valor Líquido ➡      | 61,00              |

|              |                  |                |             |                |            |
|--------------|------------------|----------------|-------------|----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | FGTS do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.191,49     | 2.236,08         | 2.236,08       | 178,88      | 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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data





## Aviso de lançamento

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, lançado a débito\* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código       | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |                  |            |
|--------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|------------------|------------|
| 3781         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.397,71             | 152,71             |                  |            |
| 16           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |                  |            |
| 247          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 264,29               |                    |                  |            |
| 998          | I.N.S.S.              | 8,16             |                      |                    |                  |            |
|              |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |                  |            |
|              |                       |                  | 1.871,00             | 152,71             |                  |            |
|              |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 1.718,29           |                  |            |
| Salário Base |                       | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS     | FGTS do Mês        | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.397,71     |                       | 1.871,00         | 1.871,00             | 149,68             | 1.718,29         | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

Agência: 448 - 0

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código       | Descrição             | Referência       | Vencimentos          | Descontos          |                  |            |
|--------------|-----------------------|------------------|----------------------|--------------------|------------------|------------|
| 3781         | DIAS NORMAIS          | 30,00            | 1.397,71             | 152,71             |                  |            |
| 16           | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00            | 209,00               |                    |                  |            |
| 247          | ADICIONAL NOTURNO 40% | 104,00           | 264,29               |                    |                  |            |
| 998          | I.N.S.S.              | 8,16             |                      |                    |                  |            |
|              |                       |                  | Total de Vencimentos | Total de Descontos |                  |            |
|              |                       |                  | 1.871,00             | 152,71             |                  |            |
|              |                       |                  | Valor Líquido ➡      | 1.718,29           |                  |            |
| Salário Base |                       | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS     | FGTS do Mês        | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.397,71     |                       | 1.871,00         | 1.871,00             | 149,68             | 1.718,29         | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

Agência: 448 - 0

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 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

G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

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

Data 07/05/2020 Valor R\$ 4.614,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 seiscentos e catorze 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

Código

Nome do Funcionário

Mensalista

Abril de 2020

33

THAIS BOARETO DA SILVA

CBO

Departamento

Filial

223525

600

1

Admissão:

15/09/2014

ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA

| 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        | 790,00            | 790,00               |                    |
| 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 |
|                          |                            |                   | 5.410,04             | 795,32             |
|                          |                            |                   | Valor Líquido ➡      | 4.614,72           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                            | Agência: 6921 - 3 |                      |                    |
| Conta poupança: 197087-9 |                            |                   |                      |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS           | Base Calc. FGTS   | F.G.T.S do Mês       | Base Calc. IRRF    |
| 2.886,86                 | 4.620,04                   | 4.620,04          | 369,60               | 4.114,31           |
|                          |                            |                   |                      | Faixa IRRF         |
|                          |                            |                   |                      | 22,50              |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

| Código                   | Nome do Funcionário                                           | CBO               | Departamento         | Filial             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|
| 33                       | THAIS BOARETO DA SILVA<br>ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA | 223525            | 600                  | 1                  |
|                          |                                                               | Admissão:         | 15/09/2014           |                    |
| Ódigo                    | Descrição                                                     | Referência        | Vencimentos          | Descontos          |
| 294                      | PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO                                    | 185,02            | 185,02               |                    |
| 3781                     | DIAS NORMAIS                                                  | 30,00             | 2.886,86             |                    |
| 242                      | REEMBOLSO DESP PAGO                                           | 790,00            | 790,00               |                    |
| 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 |
|                          |                                                               |                   | 5.410,04             | 795,32             |
|                          |                                                               |                   | Valor Líquido →      | 4.614,72           |
| BANCO DO BRASIL 1        |                                                               | Agência: 6921 - 3 |                      |                    |
| Conta poupança: 197087-9 |                                                               |                   |                      |                    |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS                                              | Base Cálcl. FGTS  | F.G.T.S do Mês       | Base Cálcl. IRRF   |
| 2.886,86                 | 4.620,04                                                      | 4.620,04          | 369,60               | 4.114,31           |
|                          |                                                               |                   |                      | Faixa IRRF         |
|                          |                                                               |                   |                      | 22,50              |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3380319571209721  
03/06/2020 21:04:42

## Aviso de lançamento

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

---

Data 07/05/2020 Valor R\$ 1.477,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 99, 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 03/06/2020 21:04:42

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|--------|-------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 1.397,72                    |                           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 209,00                      |                           |
| 998    | I.N.S.S.          | 8,02       |                             | 128,92                    |
|        |                   |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|        |                   |            | 1.606,72                    | 128,92                    |
|        |                   |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.477,80                  |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| 1.397,72     | 1.606,72         | 1.606,72        | 128,53         | 1.098,62        | 0,00       |

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

| Código | Descrição         | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|--------|-------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3781   | DIAS NORMAIS      | 30,00      | 1.397,72                    |                           |
| 16     | INSALUBRIDADE 20% | 20,00      | 209,00                      |                           |
| 998    | I.N.S.S.          | 8,02       |                             | 128,92                    |
|        |                   |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|        |                   |            | 1.606,72                    | 128,92                    |
|        |                   |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.477,80                  |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| 1.397,72     | 1.606,72         | 1.606,72        | 128,53         | 1.098,62        | 0,00       |

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

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

| ódi go | Descrição                         | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|--------|-----------------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3180   | SALDO DE SALARIO DIAS             | 30,00      | 1.397,71             |                    |
| 3550   | 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1     | 4,00       | 465,90               |                    |
| 3553   | VANTAGENS 13o RESCISAO            | 4,00       | 69,67                |                    |
| 28     | FERIAS VENCIDAS                   | 1,00       | 1.397,71             |                    |
| 29     | FERIAS PROPORCIONAIS              | 7,00       | 815,33               |                    |
| 64     | 1/3 FERIAS RESCISAO               | 33,33      | 537,83               |                    |
| 817    | VANTAGEM FER PROPORCIONAL         | 7,00       | 121,92               |                    |
| 818    | MEDIA HR FERIAS VENCIDAS          | 1,00       | 6,78                 |                    |
| 820    | VANTAGEM FERIAS VENCIDAS          | 1,00       | 209,00               |                    |
| 3169   | 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO | 33,33      | 312,42               |                    |
| 16     | INSALUBRIDADE 20%                 | 20,00      | 209,00               |                    |
| 49     | AVISO PREVIO REAVIDO              | 30,00      |                      | 1.397,71           |
| 51     | LIQUIDO RESCISAO                  | 0,00       |                      | 3.748,98           |
| 293    | DESC VALE REFEIÇÃO                | 227,50     |                      | 227,50             |
| 826    | INSS SOBRE RESCISAO               | 8,02       |                      | 128,92             |
| 989    | INSS 13 SAL.RESCISAO              | 7,50       |                      | 40,16              |
|        |                                   |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|        |                                   |            | 5.543,27             | 5.543,27           |
|        |                                   |            | Valor Líquido ➡      | 0,00               |

|                          |                  |                  |                |                |            |
|--------------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|------------|
| BANCO DO BRASIL 1        |                  | Agência: 448 - 0 |                |                |            |
| Conta corrente: 199303-8 |                  |                  |                |                |            |
| Salário Base             | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS   | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.397,71                 | 2.142,28         | 2.142,28         | 171,37         | 1.973,20       | 0,00       |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 199303-8

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril 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          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3180                                                                                                                                                                                                                     | SALDO DE SALARIO DIAS             | 30,00      | 1.397,71             |                    |
| 3550                                                                                                                                                                                                                     | 13 SALARIO INTEGRAL RESCISAO1     | 4,00       | 465,90               |                    |
| 3553                                                                                                                                                                                                                     | VANTAGENS 13o RESCISAO            | 4,00       | 69,67                |                    |
| 28                                                                                                                                                                                                                       | FERIAS VENCIDAS                   | 1,00       | 1.397,71             |                    |
| 29                                                                                                                                                                                                                       | FERIAS PROPORCIONAIS              | 7,00       | 815,33               |                    |
| 64                                                                                                                                                                                                                       | 1/3 FERIAS RESCISAO               | 33,33      | 537,83               |                    |
| 817                                                                                                                                                                                                                      | VANTAGEM FER PROPORCIONAL         | 7,00       | 121,92               |                    |
| 818                                                                                                                                                                                                                      | MEDIA HR FERIAS VENCIDAS          | 1,00       | 6,78                 |                    |
| 820                                                                                                                                                                                                                      | VANTAGEM FERIAS VENCIDAS          | 1,00       | 209,00               |                    |
| 3169                                                                                                                                                                                                                     | 1/3 FERIAS PROPORCIONAIS RESCISAO | 33,33      | 312,42               |                    |
| 16                                                                                                                                                                                                                       | INSALUBRIDADE 20%                 | 20,00      | 209,00               |                    |
| 49                                                                                                                                                                                                                       | AVISO PREVIO REAVIDO              | 30,00      |                      | 1.397,71           |
| 51                                                                                                                                                                                                                       | LIQUIDO RESCISAO                  | 0,00       |                      | 3.748,98           |
| 293                                                                                                                                                                                                                      | DESC VALE REFEIÇÃO                | 227,50     |                      | 227,50             |
| 826                                                                                                                                                                                                                      | INSS SOBRE RESCISAO               | 8,02       |                      | 128,92             |
| 989                                                                                                                                                                                                                      | INSS 13 SAL.RESCISAO              | 7,50       |                      | 40,16              |
| Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UCE: 090196 - Hospital Estadual<br>Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                                   |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                   |            | 5.543,27             | 5.543,27           |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                   |            | Valor Líquido ➡      | 0,00               |

|                          |  |                  |  |
|--------------------------|--|------------------|--|
| BANCO DO BRASIL 1        |  | Agência: 448 - 0 |  |
| Conta corrente: 199303-8 |  |                  |  |

|              |                  |                  |                |                  |            |
|--------------|------------------|------------------|----------------|------------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálct. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálct. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.397,71     | 2.142,28         | 2.142,28         | 171,37         | 1.973,20         | 0,00       |

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 199303-8

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                        | CBO                  | Departamento | Filial |
|--------|--------------------------------------------|----------------------|--------------|--------|
| 2145   | CAMILA DONATO INNOCENCIO<br>ENFERMEIRO (A) | 223505               | 600          | 1      |
|        |                                            | Admissão: 04/10/2017 |              |        |

| Código | Descrição                  | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|--------|----------------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3785   | DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA) | 30,00      | 2.548,41                    |                           |
| 3013   | INSALUB 20% DOENCA         | 20,00      | 209,00                      |                           |
| 3801   | DESCONTO DIAS AFASTADOS    | 30,00      |                             | 2.757,41                  |
|        |                            |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|        |                            |            | 2.757,41                    | 2.757,41                  |
|        |                            |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 0,00                      |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| 2.548,41     | 0,00             | 0,00           | 0,00           | 0,00           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                        | CBO                  | Departamento | Filial |
|--------|--------------------------------------------|----------------------|--------------|--------|
| 2145   | CAMILA DONATO INNOCENCIO<br>ENFERMEIRO (A) | 223505               | 600          | 1      |
|        |                                            | Admissão: 04/10/2017 |              |        |

| Código | Descrição                  | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|--------|----------------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3785   | DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA) | 30,00      | 2.548,41                    |                           |
| 3013   | INSALUB 20% DOENCA         | 20,00      | 209,00                      |                           |
| 3801   | DESCONTO DIAS AFASTADOS    | 30,00      |                             | 2.757,41                  |
|        |                            |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|        |                            |            | 2.757,41                    | 2.757,41                  |
|        |                            |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 0,00                      |

| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cál. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cál. IRRF | Faixa IRRF |
|--------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| 2.548,41     | 0,00             | 0,00           | 0,00           | 0,00           | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.13  
6790306790 SEGUNDA VIA 0008  
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: 07/05/2020

=====

DOCUMENTO: 050701  
AUTENTICACAO SISBB: 3.EC2.248.0A9.8BF.AD7

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

|        |                           |           |              |        |
|--------|---------------------------|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário       | CBO       | Departamento | Filial |
| 2992   | ELIANA CRISTINA RODRIGUES | 322205    | 600          | 1      |
|        | TEC. ENFERMAGEM           | 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 Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. 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  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

|        |                           |           |              |        |
|--------|---------------------------|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário       | CBO       | Departamento | Filial |
| 2992   | ELIANA CRISTINA RODRIGUES | 322205    | 600          | 1      |
|        | TEC. ENFERMAGEM           | 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             |
|       |                   |            | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|       |                   |            | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                       | Total de Descontos |
|       |                   |            | 1.606,95                                                                                                                                                                                                                   | 128,94             |
|       |                   |            | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                            | 1.478,01           |

|              |                  |                 |                |                 |            |
|--------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Calc. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Calc. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.397,95     | 1.606,95         | 1.606,95        | 128,55         | 1.288,42        | 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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.13  
6790306790 SEGUNDA VIA 0010

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA

CONTA: 10.980-0

FAVORECIDO: MAURO CELSO CHIAVELLI

CPF/CNPJ: 365.760.718-84

VALOR: R\$ 1.413,32

DEBITO EM: 07/05/2020

=====

DOCUMENTO: 050702

AUTENTICACAO SISBB: 7.A67.71E.25F.233.31A

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                         | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|---------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 3021   | MAURO CELSO CHIAVELLI<br>AUX. ADM. FARMACIA | 411005    | 700          | 1      |
|        |                                             | Admissão: | 01/04/2020   |        |

| ódigo | Descrição             | Referência | Vencimentos          | Descontos          |
|-------|-----------------------|------------|----------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.191,49             | 122,54             |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00               |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40% | 62,49      | 135,37               |                    |
| 998   | I.N.S.S.              | 7,98       |                      |                    |
|       |                       |            | Total de Vencimentos | Total de Descontos |
|       |                       |            | 1.535,86             | 122,54             |
|       |                       |            | Valor Líquido ➡      | 1.413,32           |

|              |                  |                  |                |                  |            |
|--------------|------------------|------------------|----------------|------------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.191,49     | 1.535,86         | 1.535,86         | 122,86         | 1.413,32         | 0,00       |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

|        |                                             |           |              |        |
|--------|---------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| Código | Nome do Funcionário                         | CBO       | Departamento | Filial |
| 3021   | MAURO CELSO CHIAVELLI<br>AUX. ADM. FARMACIA | 411005    | 700          | 1      |
|        |                                             | Admissão: | 01/04/2020   |        |

| ódigo | Descrição             | Referência | Vencimentos                                                                                                                                                                                                              | Descontos          |
|-------|-----------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 3781  | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.191,49                                                                                                                                                                                                                 | 122,54             |
| 16    | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 247   | ADICIONAL NOTURNO 40% | 62,49      | 135,37                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| 998   | I.N.S.S.              | 7,98       |                                                                                                                                                                                                                          |                    |
|       |                       |            | Convênio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                    |
|       |                       |            | Total de Vencimentos                                                                                                                                                                                                     | Total de Descontos |
|       |                       |            | 1.535,86                                                                                                                                                                                                                 | 122,54             |
|       |                       |            | Valor Líquido ➡                                                                                                                                                                                                          | 1.413,32           |

|              |                  |                  |                |                  |            |
|--------------|------------------|------------------|----------------|------------------|------------|
| Salário Base | Sal. Contr. INSS | Base Cálcl. FGTS | F.G.T.S do Mês | Base Cálcl. IRRF | Faixa IRRF |
| 1.191,49     | 1.535,86         | 1.535,86         | 122,86         | 1.413,32         | 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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.13  
6790306790 SEGUNDA VIA 0012

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: 07/05/2020

=====

DOCUMENTO: 050703

AUTENTICACAO SISBB: E.9E7.157.377.ACD.A01

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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 Jahu  
Prefeitura do Município de Jahu  
Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série  
6/NFE

Data e Hora de Emissão  
05/05/2020 15:29:56

Código de Verificação  
E448FC174FA02B654416

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  
Município : MIRANDOPOLIS - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE ABRIL/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  
6/NFE

Emissão  
05/05/2020 15:29:56

Código de verificação  
E448FC174FA02B654416



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

07/05/20  
Mm

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190000090130484000000794365171482480000141000

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0002-20

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 50.704

NOSSO NUMERO 13048400000794365

CONVENIO 01304840

DATA DE VENCIMENTO 07/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 07/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.410,00

VALOR COBRADO 1.410,00

=====

NR.AUTENTICACAO 6.D67.EA2.A71.3B2.5EE

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

**Rioclarensense**

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG  
CEP 32669-712 - 3134304300

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA  
Nº. 0532367 FL 1 / 1  
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO  
3120 0367 7291 7800 0220 5500 1000 5323 6715 6500 5268

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  
131203624303922 23/03/2020 15:52:05

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA DE MERC ADQ E REC DE TERC. DEST A NAO  
INSCRIÇÃO ESTADUAL  
0629965800021

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO  
813016120116

CNPJ  
67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
23/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA  
23/03/2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE / FAX  
1836591243

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

| FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR    | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR | FATURA/DUPLIC. | VENCIMENTO | VALOR |
|----------------|------------|----------|----------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| 0532367/1      | 07/05/2020 | 1.410,00 |                |            |       |                |            |       |

CALCULO DO IMPOSTO

|                         |                 |                            |                          |                          |
|-------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUTO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 1.410,00                | 169,20          | 0,00                       | 0,00                     | 1.410,00                 |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | VALOR DO DESCONTO          | OUTRAS DESPESAS          | VALOR DO IPI             |
| 0,00                    | 0,00            | 0,00                       | 0,00                     | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                          | VALOR TOTAL DA NOTA      |
|                         |                 |                            |                          | 1.410,00                 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

|                              |                           |             |                    |            |                    |
|------------------------------|---------------------------|-------------|--------------------|------------|--------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL          | FRETE POR CONTA           | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEICULO   | UF         | CNPJ               |
| ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA | 0 - Por conta do emitente |             |                    |            | 01.125.797/0008-92 |
| ENDEREÇO                     | MUNICÍPIO                 | UF          | INSCRIÇÃO ESTADUAL |            |                    |
| AV APIO CARDOSO 3115         | CONTAGEM                  | MG          | 0620929840177      |            |                    |
| QUANTIDADE                   | ESPECIE                   | MARCA       | NUMERO             | PESO BRUTO | PESO LIQUIDO       |
| 1,00                         | VOLUME(S)                 |             | 0,00004            | 3,610      | 3,610              |

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 |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|--------|----------------|-------------|--------------|------------|-----------|----------------|---------------|
| 019054 | OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 20010421 Q: 100,0000 F: 30/01/20 V: 30/12/2021 | 30049099 | 000 | 6108 | FA | 100,00 | 14,10          | 1.410,00    | 1.410,00     | 169,20     | 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 Brandli Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Clusteio

CALCULO DO ISSQN

|                     |                          |                          |                |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
| 1282010014          | 0,00                     | 0,00                     | 0,00           |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis \*Colocar nos dados adicionais da nota: UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 24/03/2020 Pedido: 1584026 Autorizacao de Comprat(Pedido Cliente): 1584026 \*\*\* O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800. Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397.7 \*\* AE: 1.21715.1 \*\* AAS: 0342/2019 Validade: 08/07/2020 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 84,60 | LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

3 - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 26/3/2020  
S. Zebiel C. Souza



29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399168274900000000704616701019482490000048000

BENEFICIARIO:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

NOME FANTASIA:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

CNPJ: 00.841.936/0001-45

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

NR. DOCUMENTO 50.705

DATA DE VENCIMENTO 08/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 07/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 480,00

VALOR COBRADO 480,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.942.AE1.C85.B79.429

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

Rec. bens de Passarelli & Momesso Impressoes Ltda EPP os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.  
Emissão: 17/04/2020 Dest/Rem: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL Valor Total: 480,00

NF-e  
Nº 000.004.459  
Série 001

DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Passarelli & Momesso Impressoes Ltda EPP

DANFE  
Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA 1  
1 - SAÍDA  
Nº 000.004.459  
Série 001  
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0400 8419 3600 0145 5500 1000 0044 5915 0019 1941

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 Mercadoria adquirida Ou Recebid

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200305967646 17/04/2020 11:45:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL

449000763111

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ / CPF

00.841.936/0001-45

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

17/04/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA DA SAÍDA

17/04/2020

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

TELEFONE / FAX

(14)3532-5198

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

11:17:18

PARCELAS

Número 001

Vencimento 08/05/2020

Valor R\$ 480,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR DO ICMS SUBST.

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

480,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

480,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0 - REMETENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

20

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO<br>PRODUTO                                                                                                                                                                                                         | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO           | NCM/SH   | CSOSN | CFOP | UNID.     | QTDE.   | VALOR<br>UNITÁRIO | %<br>DESCONTO | VALOR<br>LÍQUIDO | BASE DE<br>CÁLC. ICMS | VALOR<br>ICMS | VALOR<br>IPI | ALIQ. %<br>ICMS IPI |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------|-------|------|-----------|---------|-------------------|---------------|------------------|-----------------------|---------------|--------------|---------------------|
| 1562                                                                                                                                                                                                                      | SISTEMATIZACAO ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM | 49111090 | 0102  | 5102 | BLO<br>CO | 20,0000 | 24,0000           | 0,00          | 480,00           | 0,00                  | 0,00          | 0,00         | 0,00 0,00           |
| Convenio nº 0107/2017<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saude<br>UG: 090196 - Hospital Estadual<br>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio |                                          |          |       |      |           |         |                   |               |                  |                       |               |              |                     |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

I-"DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE  
ISS E IPI"

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 23/10/20  
ASS. *Rebel C. Saiz*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.13  
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 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\$ 1.737,06

DEBITO EM: 07/05/2020

=====

DOCUMENTO: 050706

AUTENTICACAO SISBB: 9.A82.970.9A0.527.E2B

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                       | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|-------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2839   | SONIA DOS SANTOS ROCHA<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205    | 600          | 1      |
|        |                                           | Admissão: | 17/09/2019   |        |

| Código                                                                                                                                                                          | Descrição             | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3781                                                                                                                                                                            | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.397,95                    |                           |
| 16                                                                                                                                                                              | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00                      |                           |
| 247                                                                                                                                                                             | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00     | 284,67                      |                           |
| 998                                                                                                                                                                             | I.N.S.S.              | 8,17       |                             | 154,56                    |
|                                                                                                                                                                                 |                       |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|                                                                                                                                                                                 |                       |            | 1.891,62                    | 154,56                    |
|                                                                                                                                                                                 |                       |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.737,06                  |
| <b>Salário Base</b> 1.397,95 <b>Sal. Contr. INSS</b> 1.891,62 <b>Base Cál. FGTS</b> 1.891,62 <b>F.G.T.S do Mês</b> 151,32 <b>Base Cál. IRRF</b> 1.737,06 <b>Faixa IRRF</b> 0,00 |                       |            |                             |                           |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS  
MensalistaFolha Mensal  
Abril de 2020

| Código | Nome do Funcionário                       | CBO       | Departamento | Filial |
|--------|-------------------------------------------|-----------|--------------|--------|
| 2839   | SONIA DOS SANTOS ROCHA<br>TEC. ENFERMAGEM | 322205    | 600          | 1      |
|        |                                           | Admissão: | 17/09/2019   |        |

| Código                                                                                                                                                                          | Descrição             | Referência | Vencimentos                 | Descontos                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| 3781                                                                                                                                                                            | DIAS NORMAIS          | 30,00      | 1.397,95                    |                           |
| 16                                                                                                                                                                              | INSALUBRIDADE 20%     | 20,00      | 209,00                      |                           |
| 247                                                                                                                                                                             | ADICIONAL NOTURNO 40% | 112,00     | 284,67                      |                           |
| 998                                                                                                                                                                             | I.N.S.S.              | 8,17       |                             | 154,56                    |
|                                                                                                                                                                                 |                       |            | <b>Total de Vencimentos</b> | <b>Total de Descontos</b> |
|                                                                                                                                                                                 |                       |            | 1.891,62                    | 154,56                    |
|                                                                                                                                                                                 |                       |            | <b>Valor Líquido</b> ➡      | 1.737,06                  |
| <b>Salário Base</b> 1.397,95 <b>Sal. Contr. INSS</b> 1.891,62 <b>Base Cál. FGTS</b> 1.891,62 <b>F.G.T.S do Mês</b> 151,32 <b>Base Cál. IRRF</b> 1.737,06 <b>Faixa IRRF</b> 0,00 |                       |            |                             |                           |

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88417-X

Agência: 0295 - X

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

11/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:54:42  
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 | 11/05/2020          |
| NR. DOCUMENTO         | 550.448.000.199.303 |
| VALOR TOTAL           | 3.748,98            |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: SONIA MARIA RIZZO  
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 199.303-8  
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211  
=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 7.09B.AC1.CBF.A0A.11C |
|-----------------|-----------------------|

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

## **TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

[illegible]

**TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO**

|                                                                      |                                       |                                                                                                                                                    |                                     |                                          |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>EMPREGADOR</b>                                                    |                                       |                                                                                                                                                    |                                     |                                          |
| 01 CNPJ/CEI<br>45.349.461/0008-89                                    |                                       | 02 Razão Social/Nome<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL                                                                                |                                     |                                          |
| <b>TRABALHADOR</b>                                                   |                                       |                                                                                                                                                    |                                     |                                          |
| 10 PIS/PASEP<br>120.98824.43-4                                       |                                       | 11 Nome<br>SONIA MARIA RIZZO                                                                                                                       |                                     |                                          |
| 17 CTPS (nº, série, UF)<br>11282 - 00048 / SP                        |                                       | 18 CPF<br>101.480.718-21                                                                                                                           | 19 Data de Nascimento<br>22/04/1965 | 20 Nome da Mãe<br>TEREZA RODRIGUES RIZZO |
| <b>CONTRATO</b>                                                      |                                       |                                                                                                                                                    |                                     |                                          |
| 22 Causa do Afastamento<br>Rescisão contratual a pedido do empregado |                                       |                                                                                                                                                    |                                     |                                          |
| 24 Data de Admissão<br>04/10/2017                                    | 25 Data do Aviso Prévio<br>30/04/2020 | 26 Data de Afastamento<br>30/04/2020                                                                                                               | 27 Cod. Afastamento<br>SJ1          | 29 Pensão Alim. (%) FGTS<br>0,00         |
| 30 Categoria do Trabalhador<br>01 - Empregado                        |                                       |                                                                                                                                                    |                                     |                                          |
| 31 Código Sindical<br>000.021.150.01669-0                            |                                       | 32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral<br>51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM<br>ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA |                                     |                                          |

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

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

Fica ressalvado o direito de o trabalhador pleitear judicialmente os direitos informados no campo 155, abaixo.

Mirandópolis SP. 30 de Abril de 2020.

150 Assinatura do Empregador ou Preposto  
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

**A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.**

Pode o trabalhador iniciar ação judicial quanto aos créditos resultantes das relações de trabalho até o limite de dois anos após a extinção do contrato de trabalho (Inc. XXIX, Art. 7º da Constituição Federal/1988).

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:13  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

-----

74593180151154701700100694783507782510000075307

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 | 51.101 |
|---------------|--------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 10/05/2020 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 11/05/2020 |
|-------------------|------------|

|                    |        |
|--------------------|--------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 753,07 |
|--------------------|--------|

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR COBRADO | 753,07 |
|---------------|--------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 9.CC4.4CB.430.9AA.979 |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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 CRICIÚMA**  
**SECRETARIA DO SISTEMA ECONÔMICO**  
**NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

|                                                       |                                  |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Número do RPS<br><b>1074923</b>                       | Número da nota<br><b>1111891</b> |
| Data da emissão da nota<br><b>21/04/2020 10:57:02</b> |                                  |
| Data do fato gerador<br><b>17/04/2020 22:49:39</b>    |                                  |
| Código de verificação<br><b>PMJC-EGWLA</b>            |                                  |

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



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

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

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

**DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

|                                                          | Valor Unitário | Qtd | Valor Serviço | Base de cálculo | (%)    | ISS   |
|----------------------------------------------------------|----------------|-----|---------------|-----------------|--------|-------|
| Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 4/2020. | 753,07         | 1   | 753,07        | 753,07 x        | 2,00 = | 15,06 |

VENCIMENTOS: (10/05/2020 - 753,07) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R\$0,00.)

**RETENÇÕES FEDERAIS**

|                                         |                    |                  |                                           |                  |
|-----------------------------------------|--------------------|------------------|-------------------------------------------|------------------|
| PIS/PASEP<br>R\$ 0,00                   | COFINS<br>R\$ 0,00 | INSS<br>R\$ 0,00 | IR<br>R\$ 0,00                            | CSLL<br>R\$ 0,00 |
| <b>VALOR BRUTO DA NOTA = R\$ 753,07</b> |                    |                  | <b>VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 753,07</b> |                  |

Código do serviço:

0103 / Processamento de dados e congêneres.

|                                        |                                       |                            |                                |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| Valor das Deduções(R\$)<br><b>0,00</b> | Base de Cálculo(R\$)<br><b>753,07</b> | Alíquota(%)<br><b>2,00</b> | Valor ISS(R\$)<br><b>15,06</b> |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|

**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 Brandt Faria" de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

-----

75691321650100230510800038930020382510000029095

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 | 51.102 |
|---------------|--------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 10/05/2020 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 11/05/2020 |
|-------------------|------------|

|                    |        |
|--------------------|--------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 290,95 |
|--------------------|--------|

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR COBRADO | 290,95 |
|---------------|--------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 9.C8A.1BA.74F.DA3.59C |
|-----------------|-----------------------|

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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.  
Destinatário: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL - Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Jardim Ariano - LINS - SP.  
Emissão: 10/03/2020 Valor Total: R\$ 581,90

DATA DO 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

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200196096477 10/03/2020 09:34:04

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de mercadoria adquirida ou recebida

INSCRIÇÃO ESTADUAL

449014737115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ

01.641.665/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA

MUNICÍPIO

LINS

UF

SP

TELEFONE / FAX

(14)3532-5198

TELEFONE / CELULAR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

10/03/2020

DATA DA SAÍDA

10/03/2020

HORA DA EMISSÃO

09:16:48

HORA DA SAÍDA

09:16:48

FATURA/DUPLICATAS

NÚMERO DA FATURA

4664

VALOR ORIGINAL

581,90

VALOR DO DESCONTO

0,00

VALOR LÍQUIDO

581,90

Número

001

Vencimento

10/04/2020

Valor R\$

581,90

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR DO FCP

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

581,90

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

581,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

QUANTIDADE

18

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

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 IPI   |
| 20395          | LIVRO ATA 100 FLS SAO DOMINGOS             | 48201000 | 0500  | 5405 | UN    | 8,00       | 9,95           | 0,00   | 79,60       | 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     |
| 38216          | 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     |
| 48490          | FITA DUPLA FACE MASSA ACRILICA 19MM X 2 MT | 35069190 | 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

3.4.000552

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR TOTAL DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Val. Aprox. Impostos R\$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.

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 Mirandopolis  
Tipo de Despesa: Custeio

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 10/03/2020 09:34:28

Modelo Padrão

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190614496542093359300002034312182510000396000

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 51.103

NOSSO NUMERO 6144654209

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 10/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 11/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.960,00

VALOR COBRADO 3.960,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.6FB.2C1.1B5.BB4.21A

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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 48852  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0304 0278 9400 0750 5500 1000 0488 5210 0006 6540

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200248629700 26/03/2020 18:11:19

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

26/03/2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

17:56

FATURA / DUPLICATA

001 10/05/2020 3.960,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.960,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

3.960,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

O EMITENTE

FRETE POR CONTA

D - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

RUA SAO PAULO, 31

MUNICÍPIO

SANTOS

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

0,20

0,20

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 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|------------|----------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 228    | ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 9048-58, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2022) | 30049019 | 240 | 5102 | CX   | 2      | 1.980,0000 | 3.960,00 |         |        |       |         |        |

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 Isencao CONV.ICMS 140/01

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

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 1.611,32, Federal, R\$ 1.611,32, Estadual, R\$ 0,00

Pedido: 55458

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**

**RECEBIDO 27/13**

**ASS. Gabriel C. de Saiz**

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339967614658000000500033701012982560000950000

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 51.104

DATA DE VENCIMENTO 15/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 11/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 9.500,00

VALOR COBRADO 9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 8.C39.4CC.F3D.3ED.422

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>                                                                                                                                                                                                                         |  |                            |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>965</b> |  |  |  |                        |  |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 04/05/2020 10:22:34                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Competência                |  | 4/5/2020                             |  | Código de Verificação                                                               |  | 3JIYSTCS7              |  |
| Número do RPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | No. da NFS-e substituída   |  |                                      |  | Local da Prestação                                                                  |  | RIBEIRAO PRETO - SP    |  |
| <b>Dados do Prestador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| 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:                                                                             |  |                        |  |
| <b>Dados do Tomador de Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| 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 |  |
| <b>Discriminação dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares.<br>Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis.<br>Convênio 0107/2017<br>Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014.<br>Alíquota do ISS igual a 2,79%.<br>Pagamento conforme boleto. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| 14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONCERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORIAIS..                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| Código da Obra                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  | Código ART                           |  |                                                                                     |  |                        |  |
| <b>Tributos Federais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| PIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | COFINS                     |  |                                      |  | IR(R\$)                                                                             |  |                        |  |
| INSS(R\$)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | CSLL(R\$)                  |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
| <b>Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <b>Outras Retenções</b>    |  |                                      |  | <b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b>                                         |  |                        |  |
| 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.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, ribeirãopreto.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.<br>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<br>Termo Aditivo nº 001/2020<br>Fonte Recurso Estadual<br>Secretaria do Estado da Saúde<br>UGE: 090196 - Hospital Estadual<br>Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis<br>Tipo de Despesa: Custeio                                                                                                                                            |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |  |                        |  |

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399154567950000000911460001016182560000007000

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 51.105

DATA DE VENCIMENTO 15/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 11/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.DE5.D72.8D7.7F3.011

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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**

|                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |                                  |                                                          |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Número da Nota:</b> 000000003470-1                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                  | <b>Data de Emissão:</b> 09/12/2019                       |                                            |
| <b>PRESTADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>Nome/Razão Social:</b> RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>CPF/CNPJ:</b> 44.705.580/0001-98                                                                                                                                                                                                                   |                                         | <b>Inscrição Municipal:</b> 1027 |                                                          | <b>Tipo:</b> ME                            |
| <b>CEP:</b> 17015-021                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Endereço:</b> RUA CUSSY JUNIOR, 07-7 |                                  |                                                          | <b>Cidade:</b> BAURU/SP                    |
| <b>Fone:</b> (14) 3879-2953                                                                                                                                                                                                                           | <b>E-Mail:</b> rpb.vendas@uol.com.br    |                                  |                                                          |                                            |
| Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.                                                                                                                                                                     |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>TOMADOR DE SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>Nome/Razão Social:</b> ASSS HOSP BENEFICENTE DO BRASIL                                                                                                                                                                                             |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>CPF/CNPJ:</b> 45.349.461/0001-02                                                                                                                                                                                                                   |                                         | <b>CEP:</b> 17400-000            | <b>Cidade:</b> GARÇA/SP                                  |                                            |
| <b>Endereço:</b> RUA ORLANDO THIAGO SANTOS, 70                                                                                                                                                                                                        |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| 01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID<br>(REFERENTE: 01/2020 A 06/2020) - MIRANDOPOLIS                                                                                                                                       |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>Atividade:</b><br>CONCERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS                                                                                                                                                                          |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>Código do Serviço:</b><br>14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO |                                         |                                  |                                                          |                                            |
| <b>Local da Prestação:</b><br>BAURU                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                  | <b>Situação de Tributação:</b><br>Tributada no Prestador |                                            |
| <b>I.N.S.S. (R\$)</b><br>0,00                                                                                                                                                                                                                         | <b>I.R. (R\$)</b><br>0,00               | <b>PIS (R\$)</b><br>0,00         | <b>COFINS (R\$)</b><br>0,00                              | <b>C.S.L.L. (R\$)</b><br>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                                                |                                         |                                  |                                                          | <b>Valor Aprox. Tributos</b><br>0,00       |
| <b>Deduções de Materiais</b><br>0,00                                                                                                                                                                                                                  | <b>Base de Cálculo (R\$)</b><br>420,00  | <b>Alíquota (%)</b><br>3,49      | <b>Valor do ISS (R\$)</b><br>14,66                       | <b>Valor Total da Nota (R\$)</b><br>420,00 |
| Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.                                                                                                                                                  |                                         |                                  | <b>Valor líquido da nota (R\$)</b><br>420,00             |                                            |

**Chave de autenticação:** 508390494DF367E3C6909F448E754AE5

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

-----

23790110069000000458101007252800582560000142956

BENEFICIARIO:

LABORATORIO SAO PAULO

NOME FANTASIA:

LABORATORIO SAO PAULO

CNPJ: 51.100.840/0001-67

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B

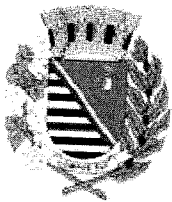
CNPJ: 45.349.461/0001-02

-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 51.106     |
| DATA DE VENCIMENTO | 15/05/2020 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 11/05/2020 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 1.429,56   |
| VALOR COBRADO      | 1.429,56   |

=====

NR.AUTENTICACAO A.C63.E0D.D25.7FB.197



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA

Secretaria Municipal da Fazenda  
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota  
45801

Data de Emissão  
27/04/2020

Data e Hora da  
Competência  
27/04/2020 às 14:00:10

Código de Verificação  
4032-9426-9615



CNPJ 51.100.840/0001-67  
Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA  
Logradouro RUA-TIRADENTES  
Bairro VILA MENDONÇA  
Município ARAÇATUBA

## PRESTADOR DE SERVIÇOS

Cód. Mobiliário 1069 Insc. Mun. 1069

Número 1086

CEP 16015-020

UF SP

## Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional  
Telefones (18)3623-2649 ; (18)3117-7010

E-Mail's nfe@laboratoriosapaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br

## TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02

Inscrição Mun.

Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL  
E-mail prestacao@ahbb.org.br;

Inf. Comp.

Logradouro -AV JOSE ARIANO RODRIGUES

Bairro JARDIM ARIANO

Município LINS

Complemento

IE ISENTO

Cód. Mobiliário 0

Telefone

Número 303

CEP 16400-400

UF SP

País BRASIL

## DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

| Serviço                                | Descrição                     | Vlr. Unitário | Qtd  | Desconto | Aliq. Tributo (IBPT) | Total    |
|----------------------------------------|-------------------------------|---------------|------|----------|----------------------|----------|
| 1                                      | SERVICOS DE ANALISES CLINICAS | 1.523,2400    | 1,00 | 0,00     | 0,00                 | 1.523,24 |
| Valor Total dos Serviços - R\$1.523,24 |                               |               |      |          |                      |          |

## INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENCIA 04/2020

## TRIBUTOS

|           |             |           |           |           |                       |                      |
|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|----------------------|
| PIS (RS)  | COFINS (RS) | INSS (RS) | IR (RS)   | CSLL (RS) | Outras Retenções (RS) | Outros Tributos (RS) |
| 9,90      | 45,70       |           | 22,85     | 15,23     |                       |                      |
| CIDE (RS) | IOF (RS)    | IPI (RS)  | ICMS (RS) |           |                       |                      |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.523,24

Atividade

8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Situação da Nota Fiscal

Normal

Aliquota (%)

3,0000

Base de Cálculo (RS)

1.523,24

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Local do Serviço

Dentro do Município

Vlr. Total das Deduções (RS)

0,00

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Vlr. Total Retido (RS)

93,68

Vlr. do ISS (RS)

45,70

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 1.429,56

## 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 45801 emitida em 27/04/2020 às 14:00:10 - Cód Verif 4032-9426-9615

Condições de Pagamento: Vencimento: 27/04/2020 Valor Total R\$ 1.523,24 Valor Líquido R\$ 1.429,56

Ass:

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

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL  
-----

00190614319637193347200001526110182560000256875

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

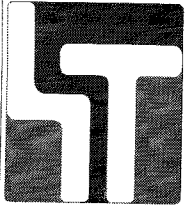
-----

|                    |            |
|--------------------|------------|
| NR. DOCUMENTO      | 51.107     |
| NOSSO NUMERO       | 6143963719 |
| CONVENIO           | 00000000   |
| DATA DE VENCIMENTO | 15/05/2020 |
| DATA DO PAGAMENTO  | 11/05/2020 |
| VALOR DO DOCUMENTO | 2.568,75   |
| VALOR COBRADO      | 2.568,75   |

=====

NR.AUTENTICACAO E.3D9.2AB.8D2.350.CEA

|                                                                                                         |                                         |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|
| RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO |                                         | NF-e<br>N. 000233284<br>SÉRIE 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                     | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |                                 |

|                                                                                  |                                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Samtronic Industria e Comercio Ltda</b><br><br>Rua Venda da Esperanca, 162<br>Socorro Cep:04763-040<br>Sao Paulo/SP<br>Fone: 551122447751 | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA<br>NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0-ENTRADA<br>1-SAÍDA<br><br>N. 000233284<br>SÉRIE 1<br>FOLHA 01/01 |  |
|                                                                                  |                                                                                                                                              | <b>CHAVE DE ACESSO DA NF-E</b><br>3520 0358 4266 2800 0133 5500 1000 2332 8411 0006 4068                                              |                                                                                    |
|                                                                                  |                                                                                                                                              | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada                  |                                                                                    |

|                                                              |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>135200216550363 16/03/2020 14:37:34-03:00 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

|                                    |                                |                            |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>112068380115 | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB. | CNPJ<br>58.426.628/0001-33 |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|

|                                                       |                                |                               |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE                                |                                |                               |
| NOME/RAZÃO SOCIAL<br>ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL | CNPJ/CPF<br>45.349.461/0001-02 | DATA DE EMISSÃO<br>16/03/2020 |
| ENDEREÇO<br>AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03   | BAIRRO/DISTRITO<br>CENTRO      | CEP<br>16400-400              |
| MUNICÍPIO<br>LINS                                     | FONE/FAX<br>1435325198         | UF<br>SP                      |
| FATURA                                                | INSCRIÇÃO ESTADUAL             | HORA ENTRADA/SAÍDA            |

|                               |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 001<br>15/04/2020<br>2.568,75 | 002<br>15/05/2020<br>2.568,75 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                 |                         |                                              |                                    |                                      |                                 |
|---------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO              |                         |                                              |                                    |                                      |                                 |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>0,00 | VALOR DO ICMS<br>0,00   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>5.137,50 |                                 |
| VALOR DO FRETE<br>0,00          | VALOR DO SEGURO<br>0,00 | DESCONTO<br>0,00                             | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00 | VALOR DO IPI<br>0,00                 | VALOR TOTAL DA NOTA<br>5.137,50 |

|                                                         |                               |             |                                    |                      |                                |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS                     |                               |             |                                    |                      |                                |
| RAZÃO SOCIAL<br>RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA | FRETE POR CONTA<br>0-EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO                   | UF                   | CNPJ/CPF<br>44.914.992/0013-71 |
| ENDEREÇO<br>RUA ALEXANDRE COLARES                       | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO        | UF<br>SP    | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>112782533118 |                      |                                |
| QUANTIDADE<br>6                                         | ESPECIE<br>CAIXA              | MARCA       | NUMERAÇÃO                          | PESO BRUTO<br>14,580 | PESO LÍQUIDO<br>12,750         |

| DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO |                                                                                                                                             | NCM/SH   | CST | CFOP | UN | QUANT.   | V.UNITARIO  | V.TOTAL  | BC.ICMS | V.ICMS | V.IPI | A.ICMS | A.IPI |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|----------|-------------|----------|---------|--------|-------|--------|-------|
| COD. PROD<br>EE902300      | DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.<br>EQUIPO GIRASET RG 0421 0000 ESTERILIZADO<br>(CX 50UN)<br>Lote (S): JAN20902335019008 - Val<br>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 GIRASET RG 0422 0000 ESTERILIZADO<br>(CX 50UN)<br>Lote (S): FEV20900313320008 - Val<br>idade: 31/01/2023                             | 90189099 | 040 | 5101 | UN | 50,0000  | 17,95000000 | 897,50   | 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

**ATENÇÃO**  
CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA  
Prazo máximo para reclamação: 07 dias consecutivos  
a partir da data do recebimento do produto

**Alessandro A. Santos**  
Frota 72711  
Cod. TMS 7409  
Cod. COL 842

|                                 |                          |                          |                |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|
| CÁLCULO DO ISSQN                |                          |                          |                |
| INSCRIÇÃO MUNICIPAL<br>94911827 | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | RESERVADO AO FISCO                                                                       |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>Protocolo: 135200216550363<br>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 MIRANDÓPOLIS, -<br>*** Pedido de Venda: 446622 *** Cotacao Numero: 1068 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1648.63 (32.09%). | <b>AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS</b><br><b>RECEBIDO 18/03/2020</b><br><b>ASS. [Assinatura]</b> |

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190614498459103359600002034312782560000060000

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 51.108

NOSSO NUMERO 6144845910

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 15/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 11/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 600,00

VALOR COBRADO 600,00

=====

NR.AUTENTICACAO 0.796.9F8.908.F1B.A40

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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  
1-SAIDA 1

Nº 50006  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



**CHAVE DE ACESSO**

3520 0304 0278 9400 0750 5500 1000 0500 0610 0120 8608

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
135200260498285 31/03/2020 17:21:33

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
04.027.894/0007-50

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
31/03/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
31/03/2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
17:20

**FATURA / DUPLICATA**

001 15/05/2020 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 |
| 600,00                                | 108,00          | 0,00                       | 0,00                       | 600,00                   |
| VALOR DO FRETE                        | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                                  | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |                 |                            |                            | 600,00                   |

NOME / RAZÃO SOCIAL  
O EMITENTE

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO  
RUA SÃO PAULO, 31

MUNICÍPIO  
SANTOS

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
ISENTO

QUANTIDADE

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

3,00

PESO LÍQUIDO

3,00

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS                                                  | NCM/CH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 10154  | HYCIMET 300MG 100/2ML -HYPOFARMA (Lote: 20010049, Qtde: 5, Dt Val: 31/01/2022) | 30049062 | 000 | 5102 | CX   | 5      | 120,0000 | 600,00  | 600,00  | 108,00 |       | 18,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, MirandópolisColocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 108,00, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 108,00  
Pedido: 56799  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 01/04/2020  
ASS. *Sadara*

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

18/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:13:55  
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 | 18/05/2020          |
| NR. DOCUMENTO         | 550.058.000.059.599 |
| VALOR TOTAL           | 934,00              |

\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:

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

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 2.443.9F0.568.432.747 |
|-----------------|-----------------------|





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

Número da Nota  
1992

Data de Emissão  
05/05/2020

Data e Hora da  
Competência  
05/05/2020 às 14:58:03

Código de Verificação  
7515-7092-3760

**PRESTADOR DE SERVIÇOS**



Situação  
Telefones

E-Mail's

CNPJ 12.119.494/0001-07

Cód. Mobiliário 100166

Insc. 100166  
Mun.

Autenticação

Nome TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE  
SEGURANCA LTDA

IE 419065626119

Logradouro RUA-ALVARES DE AZEVEDO

Número 60

Bairro JARDIM PINHEIRO

CEP 16400-580

Município LINS

UF SP

Optante do Simples Nacional

(14) 3532-3506



**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  |
|---------|------------------------------------|---------------|------|----------|----------------------|--------|
| 4       | ACESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO | 934,0000      | 1,00 | 0,00     | 0,00                 | 934,00 |

Valor Total dos Serviços - R\$934,00

**INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS**

**REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI MIRANDOPOLIS**

**VENCIMENTO: 20/05/2020**

**CONTA PARA DEPOSITO**

**BANCO DO BRASIL**

**AG:0058-2**

**C/C:59599-3**

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

**TRIBUTOS**

|           |             |           |           |           |                       |                      |
|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|----------------------|
| PIS (RS)  | COFINS (RS) | INSS (RS) | IR (RS)   | CSLL (RS) | Outras Retenções (RS) | Outros Tributos (RS) |
| CIDE (RS) | IOF (RS)    | IPI (RS)  | ICMS (RS) |           |                       |                      |

**VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 934,00**

Atividade

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Operação

Dedução 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 Cálculo (RS)

Vlr. Total das Deduções (RS)

Vlr. Total Retido (RS)

Vlr. do ISS (RS)

4,5500

934,00

0,00

0,00

42,50

**VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 934,00**

**OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)**

A situação 'ISENTO/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: **TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA** CNPJ: 12.119.494/0001-07

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 1992 emitida em 05/05/2020 às 14:58:03 - Cód Verif 7515-7092-3760

Condições de Pagamento: Vencimento: 05/05/2020 Valor Total R\$ 934,00 Valor Líquido R\$ 934,00

Ass: \_\_\_\_\_

em \_\_\_\_\_

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

20/05 Vencimento

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

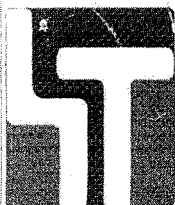
BANCO DO BRASIL

-----  
00190614567500233347600001526110182580000256875  
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 51.801  
NOSSO NUMERO 6145750023  
CONVENIO 00000000  
DATA DE VENCIMENTO 17/05/2020  
DATA DO PAGAMENTO 18/05/2020  
VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75  
VALOR COBRADO 2.568,75  
=====

NR.AUTENTICACAO B.959.611.C5C.6F8.7F8

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



Samtronic Indústria e Comércio Ltda

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0-ENTRADA  
1-SAÍDAN. 000236315  
SÉRIE 1  
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3520 0458 4266 2800 0133 5500 1000 2363 1511 0019 6032

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200306789951 17/04/2020 15:24:38-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

17/04/2020

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001  
17/05/2020  
2.568,75002  
16/06/2020  
2.568,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS  
0,00VALOR DO ICMS  
0,00BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
0,00VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
5.137,50VALOR DO FRETE  
0,00VALOR DO SEGURO  
0,00DESCONTO  
0,00OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS  
0,00VALOR DO IPI  
0,00VALOR TOTAL DA NOTA  
5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

VELOXX TRANSPORTES LTDA

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

14.990.752/0001-51

ENDEREÇO

RUA ALVARENGA PEIXOTO

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

146964519117

QUANTIDADE  
6ESPECIE  
CAIXA

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO  
14,580PESO LÍQUIDO  
12,750

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

| COD. PROD | DESCRIÇÃO DO PROD/SERV.                                                                                        | NCM/SH   | CST | CFOP | UN | QUANT.   | V.UNITARIO  | V.TOTAL  | BC/ICMS | V/ICMS | V.IPI | A/ICMS | A/IPI |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|----|----------|-------------|----------|---------|--------|-------|--------|-------|
| EE902300  | EQUIPO GIRASET EG-0421 0000 ESTERILIZADO<br>(CX 50UN)<br>Lote(S): JAN20902335018008 - Val<br>Idade: 31/01/2023 | 90189099 | 040 | 5101 | UN | 200,0000 | 16,96000000 | 3.392,00 | 0,00    | 0,00   | 0,00  | 0,00%  | 0,00% |
| EE905200  | EQUIPO GIRASET EG-0623 0700 ESTERILIZADO<br>(CX 50UN)<br>Lote(S): ABR20905235309108 - Val<br>Idade: 30/04/2023 | 90189099 | 040 | 5101 | UN | 50,0000  | 16,96000000 | 848,00   | 0,00    | 0,00   | 0,00  | 0,00%  | 0,00% |
| EE900300  | EQUIPO GIRASET EG-0422 0000 ESTERILIZADO<br>(CX 50UN)<br>Lote(S): ABR20900314120008 - Val<br>Idade: 30/04/2023 | 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

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
94911827

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200306789951

ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDÓPOLIS-SP. CEP 16.800-000  
ALÍQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL  
HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULAÇÃO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES  
ISENÇÃO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO  
CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALÍQUOTA ZERO DE  
PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO  
XXXV Endereço de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDÓPOLIS. -  
\*\*\* Pedido de Venda: 449201 \*\*\* Cotação Número: 1657 Valor Aproximado dos  
Tributos: R\$ 1376,50 (26,79%).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 23/04/2020  
ASS. RaulConvênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2020  
Fonte Recurso Estadual  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000090636044301046982590000064431

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 51.802

DATA DE VENCIMENTO 18/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 18/05/2020

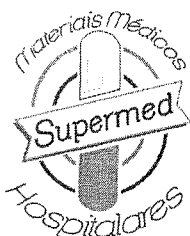
VALOR DO DOCUMENTO 644,31

VALOR COBRADO 644,31

=====

NR.AUTENTICACAO 0.453.F6B.855.150.481

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



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

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

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 432487  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3120 0411 2060 9900 0107 5500 1000 4324 8710 0058 3666

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203648813379 20/04/2020 16:22:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

20/04/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

20 ABR. 2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/05/2020 644,31

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

644,31

VALOR DO ICMS

77,31

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

644,31

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

644,31

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

MG

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO

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

MUNICÍPIO

POUSO ALEGRE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

5

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

28,99

PESO LÍQUIDO

28,99

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 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 24093  | SONDA NASOGAST.LONGA N.20 C/10-MEDSONDA<br>REF.10104200 LT 52767 (1)11/23 (Forneced-<br>dor: 9657, Lote: 52767, Qtde: 1 ,Data Fab:<br>01/11/2019, Data Val: 30/11/2023) | 90183929 | 000 | 6108 | PCT  | 1      | 9,7900   | 9,79    | 9,79    | 1,17   |       | 12,00   |        |
| 46808  | CLOPIDOGREL 75MG 28CP RE-<br>VEST GEN-EMS LT 101332 (2)01/22 (Forneced-<br>dor: 335, Lote: 101332, Qtde: 2 ,Data Fab:<br>01/01/2020, Data Val: 31/01/2022)              | 30049079 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 17,0100  | 34,02   | 34,02   | 4,08   |       | 12,00   |        |
| 2083   | NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLA-<br>BOR LT AB01320 (2)02/22 (Fornecedor: 1898,<br>Lote: AB01320, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/03/2-<br>020, Data Val: 28/02/2022)    | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 233,8150 | 467,63  | 467,63  | 56,12  |       | 12,00   |        |
| 5802   | SOL.DE RINGER C/LACTATO 25FRS 500ML-EURO-<br>FARMA LT 658370 (2)01/22 (Fornecedor: 769-<br>0, Lote: 658370, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/<br>2020, Data Val: 30/01/2022)    | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 2      | 66,4350  | 132,87  | 132,87  | 15,94  |       | 12,00   |        |

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 41 B 2...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 38,66

Pedido: 400929

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

COMERCIAL

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

RICMS/MG

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

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

Tipo de Despesa: Custeio

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**

**RECEBIDO** 22/14/20

**ASS:** *[Assinatura]*

mercadorias avariadas, ou faltas  
serão repostas se forem relacionadas

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000090636043501042182590000055726

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 | 51.803 |
|---------------|--------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 18/05/2020 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 18/05/2020 |
|-------------------|------------|

|                    |        |
|--------------------|--------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 557,26 |
|--------------------|--------|

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR COBRADO | 557,26 |
|---------------|--------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 6.149.AC0.7C0.545.333 |
|-----------------|-----------------------|

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



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

DANFE  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



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

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 75624  
SERIE 1  
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO  
3520 0411 2060 9900 0441 5500 1000 0756 2410 0071 2750

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://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  
135200312482118 20/04/2020 16:23:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ  
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
20/04/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA  
20 ABR 2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 18/05/2020 557,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

|                                       |                 |                            |                            |                          |
|---------------------------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS               | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| 557,26                                | 98,94           | 0,00                       | 0,00                       | 557,26                   |
| VALOR DO FRETE                        | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                                  | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |                 |                            |                            | 557,26                   |

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000701

ENDEREÇO  
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO  
SAO PAULO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
149529966118

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                  | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT.  | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 11067  | ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (8) 06/2021 (Fornecedor: 208-0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 8, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021) | 90181100 | 200 | 5102 | PCT  | 8      | 13,2238  | 105,79  | 105,79  | 19,04  |       | 18,00   |        |
| 22390  | SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 17609 (1) 10/2022 (Fornecedor: 7960, Lote: 17609, Qtde: 1, Data Fab: 10/10/2017, Data Val: 09/10/2022)               | 90183929 | 200 | 5102 | CX   | 1      | 34,6800  | 34,68   | 34,68   | 6,24   |       | 18,00   |        |
| 16981  | LUVA P/ PROCED.N.EST.G C/10-LEMGRUBER LT PR001K (1) 01/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR001K, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 01/01/2023)                | 40151900 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 347,4100 | 347,41  | 347,41  | 62,53  |       | 18,00   |        |
| 8205   | FUROSEMIDA (NEOSEMID) 40MG 20CP-NEO QUIMICA LT B20C0426 (2) 03/2022 (Fornecedor: 1113, Lote: B20C0426, Qtde: 2, Data Fab: 09/03/2020, Data Val: 09/03/2022)      | 30049076 | 500 | 5102 | CX   | 2      | 2,2800   | 4,56    | 4,56    | 0,82   |       | 18,00   |        |
| 10735  | SONDA END.PVC N.9,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 1419013 (1) 01/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 1419013, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 30/01/2024)            | 90183929 | 200 | 5102 | CX   | 1      | 42,1200  | 42,12   | 42,12   | 7,59   |       | 18,00   |        |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V2R2V111UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . .

Pedido: 75729

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

Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

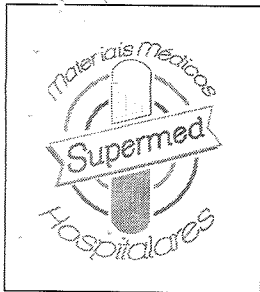
Rota.....: 3 Cubagem: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS  
RECEBIDO 22/14/20  
ASS. *[Assinatura]*

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 75624  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0411 2060 9900 0441 5500 1000 0756 2410 0071 2750

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200312482118 20/04/2020 16:23:37

**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 |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 23695  | SULFA+TRI 400+80MG 200CP GEN-PRATI DONA LT<br>19L500 (1) 12/2021 (Fornecedor: 9706, Lo-<br>te: 19L500, Qtde: 1 ,Data Fab: 03/12/2019,<br>Data Val: 03/12/2021) | 30049072 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 22,7000 | 22,70   | 22,70   | 2,72   |       | 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



29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

-----

74891116204314573021402213581040882610000010990

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 51.804

DATA DE VENCIMENTO 20/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 18/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 109,90

DESCONTO/ABATIMENTO 10,00

VALOR COBRADO 99,90

=====

NR.AUTENTICACAO 3.B75.17E.503.CF7.477

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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 89

Nº 000000010

Emissão: 04/05/2020

|                                                   |                |
|---------------------------------------------------|----------------|
| Tomador dos serviços/Destinatário das mercadorias |                |
| ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO              |                |
| RUA DRº RAUL DA CUNHA BUENO Nº 585                |                |
| 16800-000 CENTRO Mirandópolis SP                  |                |
| Nº de Referencia:                                 | 02825          |
| CNPJ/CPF:                                         | 45349461000102 |
| Inscrição Estadual                                | I SENTO        |

|                         |      |                        |        |             |
|-------------------------|------|------------------------|--------|-------------|
| Base do Cálculo do ICMS | ICMS | Isenta e Não Tributada | Outros | Valor Total |
| 0,00                    | 0,00 | 109,90                 | 0,00   | 109,90      |

|                                         |                              |
|-----------------------------------------|------------------------------|
| Chave de Codificação Digital            | Situação do documento fiscal |
| e517.637b.91d6.d041.39b9.0cb3.ee19.0216 |                              |

| SEQ.                                                                                                                                                                                                                                         | DESCRIÇÃO DOS SERVICOS / PRODUTOS      | VALOR TOTAL | BASE DE CÁLCULO ICMS | ALÍQUOTA ICMS |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|----------------------|---------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                                            | FNET FIBRA EMPRESARIAL 120 (DW70/UP50) | 109,90      | 0,00                 | 0,00          |
| <div>Convênio nº 0107/2017<br/>Termo Aditivo nº 001/2020<br/>Fonte Recurso Estadual<br/>Secretaria do Estado da Saúde<br/>UGE: 090196. - Hospital Estadual<br/>"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis<br/>Tipo de Despesa: Custeio</div> |                                        |             |                      |               |

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:14  
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

-----

00190614560847023359700002034312382620000031800

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 51.805

NOSSO NUMERO 6145084702

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 18/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 318,00

VALOR COBRADO 318,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.D7B.3F4.562.76B.770

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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  
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,  
Fone:13-3228-8700

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 51491  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0404 0278 9400 0750 5500 1000 0514 9110 0098 5920

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200274933392 06/04/2020 15:15:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

06/04/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA  
06/04/2020

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA  
15:14

FATURA / DUPLICATA

001 21/05/2020 318,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                                       |        |                 |       |                            |      |                            |      |                          |        |
|---------------------------------------|--------|-----------------|-------|----------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|--------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS               | 318,00 | VALOR DO ICMS   | 38,16 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 318,00 |
| VALOR DO FRETE                        | 0,00   | VALOR DO SEGURO | 0,00  | DESCONTO                   |      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI       | 0,00   |
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS |        |                 |       |                            |      |                            |      | VALOR TOTAL DA NOTA      | 318,00 |

NOME / RAZÃO SOCIAL  
O EMITENTE

ENDEREÇO  
RUA SÃO PAULO, 31

QUANTIDADE

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

MUNICÍPIO

SANTOS

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

NÚMERO

PESO BRUTO

0,50

PESO LÍQUIDO

0,50

**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 |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 9234   | ETOMIDATO 2MG/ML 25/10ML GEN-CRISTA C1<br>USO IV (Lote: 19040464, Qtde: 1,<br>Dt Val: 30/04/2021) | 30049069 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 318,0000 | 318,00  | 318,00  | 38,16  |       | 12,00   |        |

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

**DADOS ADICIONAIS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A  
CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO  
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da  
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017  
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015  
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 38,16, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 38,16  
Pedido: 58452  
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 07/04/2020**  
**ASS. Raís**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.14  
6790306790 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| CODIGO DO PAGAMENTO    | 2305           |
| COMPETENCIA            | 04/2020        |
| IDENTIFICADOR          | 45349461000889 |
| DATA DO PAGAMENTO      | 18/05/2020     |
| VALOR DO INSS          | 380,88         |
| VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00           |
| VALOR ATM/JUROS/MULTA  | 0,00           |
| VALOR TOTAL            | 380,88         |

=====

DOCUMENTO: 051806

AUTENTICACAO SISBB: 2.199.720.623.7EB.EA4

\*\*\*\*\* VIA EMPREGADOR \*\*\*\*\*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.14  
6790306790 SEGUNDA VIA 0002  
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

=====

|                        |                |
|------------------------|----------------|
| CODIGO DO PAGAMENTO    | 2305           |
| COMPETENCIA            | 04/2020        |
| IDENTIFICADOR          | 45349461000889 |
| DATA DO PAGAMENTO      | 18/05/2020     |
| VALOR DO INSS          | 380,88         |
| VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00           |
| VALOR ATM/JUROS/MULTA  | 0,00           |
| VALOR TOTAL            | 380,88         |

=====

DOCUMENTO: 051806

AUTENTICACAO SISBB: 2.199.720.623.7EB.EA4

\*\*\*\*\* VIA CONTRIBUINTE \*\*\*\*\*

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

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                            |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS<br/>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS<br/>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>                                                                       |            | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO    | 2305               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 4 - COMPETÊNCIA            | 04/2020            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 5 - IDENTIFICADOR          | 45.349.461/0008-89 |
| <p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br/><b>CNPJ 45.349.461/0008-89</b><br/>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL<br/>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08<br/>JARDIM ARIANO<br/>LINS SP<br/>CEP 16400-400</p>                                                                                                                      |            | 6 - VALOR DO INSS          | 380,88             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 7 -                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 8 -                        |                    |
| 2 - VENCIMENTO<br>(Uso exclusivo INSS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 20/05/2020 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00               |
| <p><b>ATENÇÃO:</b> 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.</p> |            | 10 - ATM/MULTA E JUROS     | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 11 - TOTAL                 | 380,88             |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                            |                    |

1ª Via - INSS - 2ª Via - CONTRIBUINTE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                            |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------|--------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS<br/>INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS<br/>SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP</p> <p><b>GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS</b></p>                                                                     |            | 3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO    | 2305               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 4 - COMPETÊNCIA            | 04/2020            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 5 - IDENTIFICADOR          | 45.349.461/0008-89 |
| <p>1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO<br/><b>CNPJ 45.349.461/0008-89</b><br/>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL<br/>AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08<br/>JARDIM ARIANO<br/>LINS SP<br/>CEP 16400-400</p>                                                                                                                      |            | 6 - VALOR DO INSS          | 380,88             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 7 -                        |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 8 -                        |                    |
| 2 - VENCIMENTO<br>(Uso exclusivo INSS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 20/05/2020 | 9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES | 0,00               |
| <p><b>ATENÇÃO:</b> 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.</p> |            | 10 - ATM/MULTA E JUROS     | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            | 11 - TOTAL                 | 380,88             |
| AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                            |                    |

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

18/05/20  
Mina

PJ: 45.349.461/0008-89  
Culpo: Folha Mensal  
Competência: 04/2020

Emissão: 12/05/2020  
Horas: 18:49:37

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

| Índice         | Nome do empregado                         | Base cálculo | Excedente | Ded.sal.mat.13 | Deduções | Taxa  | Valor    |          |
|----------------|-------------------------------------------|--------------|-----------|----------------|----------|-------|----------|----------|
| EMPREGADOS     |                                           |              |           |                |          |       |          |          |
| 2329           | ALCIONE BOGAZ                             | 1.830,34     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,14  | 149,05   |          |
| 2478           | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS          | 3.128,09     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,49  | 296,99   |          |
| 2163           | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN             | 3.198,52     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,59  | 306,72   |          |
| 2122           | ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA            | 1.606,71     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,02  | 128,92   |          |
| 2123           | ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA                 | 1.789,68     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,12  | 145,39   |          |
| 2445           | ANA PAULA DOS SANTOS SILVA                | 1.871,00     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,16  | 152,71   |          |
| 2336           | BIANCA CAETANO COSTA                      | 2.805,32     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,21  | 258,26   |          |
| 2977           | BRUNA BERALDO FERRANTE                    | 3.016,88     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,40  | 283,65   |          |
| 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            | 1.891,35     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,17  | 154,54   |          |
| 2126           | DEBORA CRISTINA LOCHE                     | 1.677,78     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,07  | 135,32   |          |
| 2132           | DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA | 1.634,47     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,04  | 131,42   |          |
| 2134           | EDILAINE MUNHOZ MAQUEA                    | 1.871,00     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,16  | 152,71   |          |
| 2135           | EDILENE MANOEL                            | 1.606,71     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,02  | 128,92   |          |
| 2136           | ELAINE CRISTINA DIAS BORGES               | 1.606,71     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,02  | 128,92   |          |
| 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                  | 1.417,60     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,18  | 111,90   |          |
| 2139           | JOSE LOPES DE OLIVEIRA                    | 1.850,67     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,15  | 150,88   |          |
| 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                 | 1.891,33     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,17  | 154,53   |          |
| 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   |          |
| 3021           | MAURO CELSO CHIAVELLI                     | 1.535,86     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 7,98  | 122,54   |          |
| 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                 | 1.891,33     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,17  | 154,53   |          |
| 2164           | PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA               | 1.606,71     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,02  | 128,92   |          |
| 2155           | PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA          | 2.794,48     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 9,20  | 256,96   |          |
| 2128           | REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA      | 2.236,08     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,49  | 189,95   |          |
| 2157           | RICARDO DE CARVALHO                       | 1.871,00     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,16  | 152,71   |          |
| 2839           | SONIA DOS SANTOS ROCHA                    | 1.891,62     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,17  | 154,56   |          |
| 2159           | SONIA MARIA RIZZO                         | 2.142,28     | 0,00      | 0,00           | 0,00     | 8,02  | 169,08   |          |
| 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   |          |
| Empregados:    |                                           | 39           | Total:    | 79.122,07      | 0,00     | 0,00  | 6.430,07 | 6.810,95 |
| Contribuintes: |                                           | 0            | Total:    | 0,00           | 0,00     | 0,00  | 0,00     | 0,00     |
| Total:         |                                           | 39           | Total:    | 79.122,07      | 0,00     | 0,00  | 6.430,07 | 6.810,95 |

Resumo Geral das bases de INSS

|       | Base cálculo | Excedente | Segurados | Contribuintes | RAT  | Empresa | Deduções | Terceiros | Total  |
|-------|--------------|-----------|-----------|---------------|------|---------|----------|-----------|--------|
| Total | 79.122,07    | 0,00      | 6.810,95  | 0,00          | 0,00 | 0,00    | 6.430,07 | 0,00      | 380,88 |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 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  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.14  
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

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        | 85620000006 74350064014 |
|                         | 11453494610 00105610121 |
| DATA DO PAGAMENTO       | 18/05/2020              |
| 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             | 674,35                  |

-----

DOCUMENTO: 051807  
AUTENTICACAO SISBB: 1.658.8E3.D45.F1E.F7F

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



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><b>DARF</b>                                                                                                 | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                           | 30/04/2020         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                         | 45.349.461/0001-02 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                             | 0561               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                            | 20/05/2020         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL                            | 674,35             |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL<br>(16)3374-8438<br>DARF IRRF 04 2020 UTI MIR ANDOPOLIS<br><b>DARF válido para pagamento até 20/05/2020</b><br>Domicílio tributário do contribuinte:<br><b>LINS</b><br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b><br>Auto Atendimento Versão 5.55.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4 | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>10</b> VALOR TOTAL                                   | 674,35             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                    |

85620000006-0 74350064014-4 11453494610-7 00105610121-3

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

cortar nesta linha

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><b>DARF</b>                                                                                                | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                           | 30/04/2020         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                         | 45.349.461/0001-02 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                             | 0561               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                          |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                            | 20/05/2020         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>07</b> VALOR DO PRINCIPAL                            | 674,35             |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL<br>(16)3374-8438<br>DARF IRRF 04 2020 UTI MIR ANDOPOLIS<br><b>DARF válido para pagamento até 20/05/2020</b><br>Domicílio tributário do contribuinte:<br><b>LINS</b><br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b><br>Auto Atendimento Versão 5.55.66.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4 | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69 | 0,00               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>10</b> VALOR TOTAL                                   | 674,35             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                    |

85620000006-0 74350064014-4 11453494610-7 00105610121-3

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

cortar nesta linha

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

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

18 / 05 / 2020  
 Mito

PJ: 45.349.461/0008-89  
Período: 01/04/2020 a 30/04/2020

Emissão: 12/05/2020  
Horas: 18:50:21

### RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

| Idigo                            | Nome do empregado                  | Tipo         | Base cálculo | Abatimentos    | Dependentes | ND     | Taxa      | Dedução  | Valor IRRF |
|----------------------------------|------------------------------------|--------------|--------------|----------------|-------------|--------|-----------|----------|------------|
| Período: 01/04/2020 a 30/04/2020 |                                    |              |              |                |             |        |           |          |            |
| Empregados                       |                                    |              |              |                |             |        |           |          |            |
| 2478                             | ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS   | Mensal 03/20 | 3.128,09     | 296,99         | 379,18      | 2      | 7,50      | 142,80   | 41,09      |
| 2163                             | ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN      | Mensal 03/20 | 3.230,53     | 311,20         | 0,00        | 0      | 15,00     | 354,80   | 83,10      |
| 2336                             | BIANCA CAETANO COSTA               | Mensal 03/20 | 2.757,41     | 252,51         | 189,59      | 1      | 7,50      | 142,80   | 30,85      |
| 2977                             | BRUNA BERALDO FERRANTE             | Mensal 03/20 | 2.942,75     | 274,75         | 0,00        | 0      | 7,50      | 142,80   | 57,30      |
| 2771                             | LAIS MARANI SILVA                  | Mensal 03/20 | 3.257,41     | 314,97         | 189,59      | 1      | 7,50      | 142,80   | 63,66      |
| 2154                             | NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA | Mensal 03/20 | 2.959,59     | 276,77         | 0,00        | 0      | 7,50      | 142,80   | 58,41      |
| 2155                             | PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA   | Mensal 03/20 | 2.837,38     | 262,11         | 0,00        | 0      | 7,50      | 142,80   | 50,35      |
| 33                               | THAIS BOARETO DA SILVA             | Mensal 03/20 | 4.620,04     | 505,73         | 0,00        | 0      | 22,50     | 636,13   | 289,59     |
| Total:                           |                                    |              | 25.733,20    | 2.495,03       |             |        |           |          | 674,35     |
| Empregados:                      | 8                                  | Estagiários: | 0            | Contribuintes: | 0           | Total: | 25.733,20 | 2.495,03 | 758,36     |
| Total Geral:                     |                                    |              |              |                |             |        |           |          |            |
| Empregados:                      | 8                                  | Estagiários: | 0            | Contribuintes: | 0           | Total: | 25.733,20 | 2.495,03 | 758,36     |

### Resumo Geral IRRF

| Cód. de Recolhimento | Periodicidade  | Valores Acum. Comp. Ant. | Valor a Recolher | Valor a Compensar | Valor a Pagar | Valor a Acumular |
|----------------------|----------------|--------------------------|------------------|-------------------|---------------|------------------|
| Todos                | 03/2020        | 0,00                     | 0,00             | 0,00              | 0,00          | 0,00             |
| 0561                 | Mensal 03/2020 | 0,00                     | 17.366,86        | 0,00              | 17.366,86     | 0,00             |
| 0588                 | Mensal 03/2020 | 0,00                     | 1.407,58         | 0,00              | 1.407,58      | 0,00             |
| Totalizador          |                |                          | 18.774,44        | 0,00              | 18.774,44     | 0,00             |

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.15  
6790306790 SEGUNDA VIA 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| AG. ARRECADADOR         |                         |
| CNC 001 - 6790 - BILAC  | SP                      |
| CODIGO DE BARRAS        | 85640000016 46400064014 |
|                         | 11453494610 00117080121 |
| DATA DO PAGAMENTO       | 18/05/2020              |
| 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             | 1.646,40                |

-----

DOCUMENTO: 051808  
AUTENTICACAO SISBB: 9.298.843.6F2.F45.C72

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                              | <b>30/04/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | <b>45.349.461/0001-02</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                | <b>1708</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                               | <b>20/05/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>07</b> VALOR PRINCIPAL                                  | <b>1.646,40</b>           |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA<br><br><b>DARF válido para pagamento até 20/05/2020</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                        | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                   | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>10</b> VALOR TOTAL                                      | <b>1.646,40</b>           |
|                                                                                                                                                                                                                                     | <b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                     | SicalcWeb versão 1.7.69.6643 15/05/2020 18:06:05           |                           |

85640000016-7 46400064014-2 11453494610-7 00117080121-9

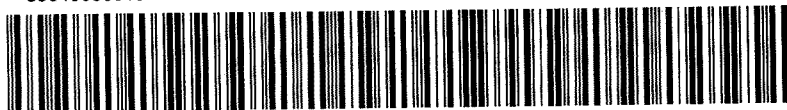


Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                              | <b>30/04/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | <b>45.349.461/0001-02</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                | <b>1708</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                               | <b>20/05/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>07</b> VALOR PRINCIPAL                                  | <b>1.646,40</b>           |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA<br><br><b>DARF válido para pagamento até 20/05/2020</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                           | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                   | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>10</b> VALOR TOTAL                                      | <b>1.646,40</b>           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | SicalcWeb versão 1.7.69.6643 15/05/2020 18:06:05           |                           |

85640000016-7 46400064014-2 11453494610-7 00117080121-9



Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 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.

| DATA DO DOCUMENTO | Nº DOC | CREDOR                                       | BC             | ISS   | IRRF         | PCC          |       | TOTAL IMP.   | TOT. LIQUIDO   |
|-------------------|--------|----------------------------------------------|----------------|-------|--------------|--------------|-------|--------------|----------------|
| 26/03/2020        | 45128  | Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda | R\$ 2.359,80   | R\$ - | R\$ 35,40    | R\$ 109,73   |       | R\$ 145,13   | R\$ 2.214,67   |
| 23/04/2020        | 280    | 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\$ -          |
| TOTAL             |        |                                              | R\$ 109.759,80 | R\$ - | R\$ 1.646,40 | R\$ 5.103,83 | R\$ - | R\$ 6.750,23 | R\$ 103.009,57 |

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 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  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.15  
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

|                         |                                                    |
|-------------------------|----------------------------------------------------|
| AG. ARRECADADOR         |                                                    |
| CNC 001 - 6790 - BILAC  | SP                                                 |
| CODIGO DE BARRAS        | 85690000051 03830064014<br>11453494610 00159520121 |
| DATA DO PAGAMENTO       | 18/05/2020                                         |
| PERIODO DE APURACAO     | -----                                              |
| NUMERO DO CPF           | -----                                              |
| CODIGO DA RECEITA       | -----                                              |
| NUMERO DE REFERENCIA    | -----                                              |
| DATA DO VENCIMENTO      | -----                                              |
| RECEITA BRUTA ACUMULADA | -----                                              |
| PERCENTUAL              | -----                                              |
| VALOR DO PRINCIPAL      | -----                                              |
| VALOR DA MULTA          | -----                                              |
| VALOR DOS JUROS         | -----                                              |
| VALOR TOTAL             | 5.103,83                                           |

-----

DOCUMENTO: 051809  
AUTENTICACAO SISBB: 1.C9E.230.164.FA2.5E5

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                              | <b>30/04/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | <b>45.349.461/0001-02</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                | <b>5952</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                               | <b>20/05/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>07</b> VALOR PRINCIPAL                                  | <b>5.103,83</b>           |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA                                                                                                                                                                | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                   | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | <b>0,00</b>               |
| <b>DARF válido para pagamento até 20/05/2020</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                                                                                                      | <b>10</b> VALOR TOTAL                                      | <b>5.103,83</b>           |
|                                                                                                                                                                                                                                      | <b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                      | SicalcWeb versão 1.7.69.6643 15/05/2020 18:08:19           |                           |

85690000051-9 03830064014-1 11453494610-7 00159520121-9



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

|                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>MINISTÉRIO DA FAZENDA</b><br><b>SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL</b><br>Documento de Arrecadação de Receitas Federais<br><br><b>DARF</b> | <b>02</b> PERÍODO DE APURAÇÃO                              | <b>30/04/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>03</b> NÚMERO DO CPF OU CNPJ                            | <b>45.349.461/0001-02</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>04</b> CÓDIGO DA RECEITA                                | <b>5952</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>05</b> NÚMERO DE REFERÊNCIA                             |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>06</b> DATA DE VENCIMENTO                               | <b>20/05/2020</b>         |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>07</b> VALOR PRINCIPAL                                  | <b>5.103,83</b>           |
| <b>01</b> NOME / TELEFONE<br>ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA                                                                                                                                                                  | <b>08</b> VALOR DA MULTA                                   | <b>0,00</b>               |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>09</b> VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69       | <b>0,00</b>               |
| <b>DARF válido para pagamento até 20/05/2020</b><br>Domicílio tributário informado: LINS - SP<br><b>NÃO RECEBER COM RASURAS</b>                                                                                                        | <b>10</b> VALOR TOTAL                                      | <b>5.103,83</b>           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | <b>11</b> AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias) |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                        | SicalcWeb versão 1.7.69.6643 15/05/2020 18:08:19           |                           |

85690000051-9 03830064014-1 11453494610-7 00159520121-9



Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 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.

| DATA DO DOCUMENTO | Nº DOC | CREDOR                                       | BC                    | ISS          | IRRF                | PCC                 |              | TOTAL IMP.          | TOT. LIQUIDO          |
|-------------------|--------|----------------------------------------------|-----------------------|--------------|---------------------|---------------------|--------------|---------------------|-----------------------|
| 26/03/2020        | 45128  | Laboratorio São Paulo Analises Clínicas Ltda | R\$ 2.359,80          | R\$ -        | R\$ 35,40           | R\$ 109,73          |              | R\$ 145,13          | R\$ 2.214,67          |
| 23/04/2020        | 280    | 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\$ -                 |
| <b>TOTAL</b>      |        |                                              | <b>R\$ 109.759,80</b> | <b>R\$ -</b> | <b>R\$ 1.646,40</b> | <b>R\$ 5.103,83</b> | <b>R\$ -</b> | <b>R\$ 6.750,23</b> | <b>R\$ 103.009,57</b> |

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



29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:15  
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000090658518601040182670000069138

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 | 52.201 |
|---------------|--------|

|                    |            |
|--------------------|------------|
| DATA DE VENCIMENTO | 26/05/2020 |
|--------------------|------------|

|                   |            |
|-------------------|------------|
| DATA DO PAGAMENTO | 22/05/2020 |
|-------------------|------------|

|                    |        |
|--------------------|--------|
| VALOR DO DOCUMENTO | 691,38 |
|--------------------|--------|

|               |        |
|---------------|--------|
| VALOR COBRADO | 691,38 |
|---------------|--------|

=====

|                 |                       |
|-----------------|-----------------------|
| NR.AUTENTICACAO | 8.CFB.C34.8B7.832.D08 |
|-----------------|-----------------------|

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



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

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

**DANFE**  
DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1

Nº 433989  
SERIE 1  
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO  
3120 0411 2060 9900 0107 5500 1000 4339 8910 0080 4219

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO  
131203656806870 28/04/2020 19:27:17

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF  
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
28/04/2020

ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANO

CEP  
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO  
LINS

FONE/FAX  
1435325198

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
28 ABR 2020

FATURA / DUPLICATA

001 26/05/2020 691,38

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      |                          |        |
|-------------------------|--------|-----------------|-------|----------------------------|------|----------------------------|------|--------------------------|--------|
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | 691,38 | VALOR DO ICMS   | 82,96 | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | 0,00 | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO | 0,00 | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS | 691,38 |
| VALOR DO FRETE          | 0,00   | VALOR DO SEGURO | 0,00  | DESCONTO                   |      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | 0,00 | VALOR TOTAL DO IPI       | 0,00   |
|                         |        |                 |       |                            |      |                            |      | VALOR TOTAL DA NOTA      | 691,38 |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL  
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF  
01125797000540

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

MUNICÍPIO  
POUSO ALEGRE

UF  
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1 CAIXA 2,49

**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 |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 27624  | AMIODARONA 200MG 30CP GEN-MEDLEY LT ARA00-324 (1)12/22 (Fornecedor: 1432, Lote: ARA-00324, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 31/12/2022)         | 30049054 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 20,0000  | 20,00   | 20,00   | 2,40   |       | 12,00   |        |
| 10206  | AMIODARONA 150MG 100AMP 3ML GEN-HIPOLABOR LT AD04219 (1)09/21 (Fornecedor: 1898, Lote: AD04219, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2021)    | 30049054 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 164,4100 | 164,41  | 164,41  | 19,73  |       | 12,00   |        |
| 12083  | NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB01320 (1)02/22 (Fornecedor: 1898, Lote: AB01320, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 28/02/2022) | 30049099 | 000 | 6108 | CX   | 1      | 384,0000 | 384,00  | 384,00  | 46,08  |       | 12,00   |        |
| 23399  | CLARITROMICINA 500MG 10CP REV.- GEN-EMS LT 1H4851 (3)09/21 (Fornecedor: 335, Lote: 1H4851, Qtde: 3, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)         | 30042029 | 000 | 6108 | CX   | 3      | 32,2500  | 96,75   | 96,75   | 11,61  |       | 12,00   |        |

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

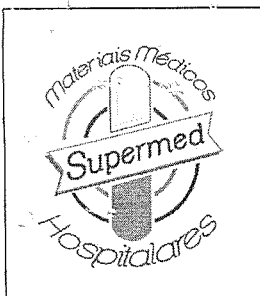
UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017# R 41 B 1...  
Emenda Constitucional 87 de 2015:  
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 41,47  
Pedido: 402385  
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL  
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do  
RICMS/MG  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO  
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota.....: 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO** 29/04/2020  
**ASS.** *Handson*

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

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



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

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

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR  
DA NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA

0-ENTRADA  
1-SAIDA

1

Nº 433989  
SERIE 1  
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0411 2060 9900 0107 5500 1000 4339 8910 0080 4219

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203656806870 28/04/2020 19:27:17

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO  
813.020.011.119

CNPJ  
11.206.099/0001-07

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS                                                                                                                                                                                                                                                 | NCM/SH   | CST | CFOP | UND. | QUANT. | V.UNIT. | V.TOTAL | BC ICMS | V.ICMS | V.IPI | AL ICMS | AL IPI |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 11929  | IONCLOR 60MG/ML SOL.100ML-PRATI DONADUZZI<br>LT 19K686 (2)11/21 19K688 (8)11/2 1<br>(Fornecedor: 9706, Lote: 19K686, Qtde: 2<br>,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/20-<br>21 / Fornecedor: 9706, Lote: 19K688, Qtde:<br>8 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/-<br>2021) | 30049099 | 500 | 6108 | FR   | 10     | 1,8700  | 18,70   | 18,70   | 2,24   |       | 12,00   |        |
| 22556  | SULFADIAZINA DE PRATA 1% GEN 30G-PRATI<br>D LT 19I770 (2)09/21 (Fornecedor: 9706,<br>Lote: 19I770, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/20-<br>19, Data Val: 30/09/2021)                                                                                                                    | 30049072 | 000 | 6108 | TB   | 2      | 3,7600  | 7,52    | 7,52    | 0,90   |       | 12,00   |        |

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

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:15  
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000090658515101044182670000044512

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 52.202

DATA DE VENCIMENTO 26/05/2020

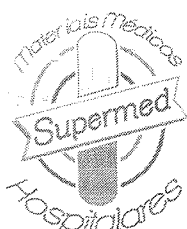
DATA DO PAGAMENTO 22/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 445,12

VALOR COBRADO 445,12

=====

NR.AUTENTICACAO 3.50F.344.A36.F06.8D1

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

1

Nº 77412  
SERIE 1  
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3520 0411 2060 9900 0441 5500 1000 0774 1210 0018 8994

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200335691225 28/04/2020 19:32:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO  
28/04/2020ENDEREÇO  
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO  
JARDIM ARIANOCEP  
16400-400DATA DE ENTRADA/SAÍDA  
04 MAIO 2020MUNICÍPIO  
LINSFONE/FAX  
1435325198UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 26/05/2020 445,12

**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 |
| 445,12                  | 57,08           | 0,00                       | 0,00                       | 445,12                   |
| VALOR DO FRETE          | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                   | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR TOTAL DO IPI       |
| 0,00                    | 0,00            |                            | 0,00                       | 0,00                     |
|                         |                 |                            |                            | 445,12                   |

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**

|                                                            |                                    |             |                  |                    |                                    |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------|--------------------|------------------------------------|
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF                 | CNPJ/CPF<br>01125797000701         |
| ENDEREÇO<br>RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200              | MUNICÍPIO<br>SAO PAULO             |             |                  | UF<br>SP           | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>149529966118 |
| QUANTIDADE<br>2                                            | ESPÉCIE<br>CAIXA                   | MARCA       | NÚMERO           | PESO BRUTO<br>0,49 | PESO LÍQUIDO<br>0,49               |

**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 |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|------|------|--------|----------|---------|---------|--------|-------|---------|--------|
| 13893  | RETINOL, ACET+AMINOAC+CLORAN (REGENCEL) POM. 3.5G-LATINOFARMA LT 20020361 (2) 02/2022 (Fornecedor: 727, Lote: 20020361, Qtde: 2, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 01/02/20-22) | 30049059 | 000 | 5102 | TB   | 2      | 9,7600   | 19,52   | 19,52   | 3,51   |       | 18,00   |        |
| 13478  | INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19000578 (2) 02/2021 (Fornecedor: 58, Lote: BF19000578, Qtde: 2, Data Fab: 31/03/2019, Data Val: 28/02/20-21)        | 30043100 | 300 | 5102 | FR   | 2      | 20,8000  | 41,60   | 41,60   | 7,49   |       | 18,00   |        |
| 12083  | NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLABOR LT AB-091/19 (1) 10/2021 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-091/19, Qtde: 1, Data Fab: 05/11/2019, Data Val: 31/10/2021)                | 30049099 | 000 | 5102 | CX   | 1      | 384,0000 | 384,00  | 384,00  | 46,08  |       | 12,00   |        |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2020  
Fonte Recurso Estadual  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090195 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio**DADOS ADICIONAIS****INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**#R1N2V1R2V1||UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 . ...  
Pedido: 77518  
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :  
COMERCIAL  
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos  
termos da Portaria CAT 116/2017  
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671  
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO  
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703  
Rota.....: 3 Cubagem: 0,00

RESERVADO AO FISCO

**AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**  
**RECEBIDO 05/05/2020**  
ASS. *Wais***MERCADORIA AVARIADAS E/OU  
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE  
FOREM RELACIONADAS NO  
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.****URGENTE  
PERECÍVEL**

29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:15  
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

-----

03399484570130000090663606601043282680000087338

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 52.203

DATA DE VENCIMENTO 27/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 22/05/2020

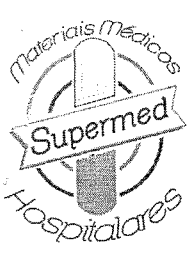
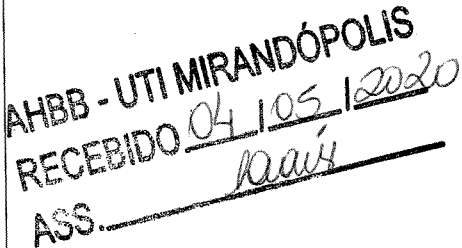
VALOR DO DOCUMENTO 873,38

VALOR COBRADO 873,38

=====

NR.AUTENTICACAO 0.CA3.BF1.DC2.FAB.588

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          | <b>SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA</b><br><b>8</b><br>Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,<br>CEP:37600000, Fone:11-4934-1700 |     | <b>DANFE</b><br>DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA<br>0-ENTRADA 1-SAIDA <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span><br><b>Nº 434061</b><br><b>SERIE 1</b><br><b>FOLHA 1/2</b> |      |  |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|-------|---------|--------|
| CHAVE DE ACESSO<br><b>131203657712677 29/04/2020 13:13:39</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora                                    |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO<br>Venda a não contribuinte                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO<br><b>131203657712677 29/04/2020 13:13:39</b>                                                                                                                                |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>001.771.1480296                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                          | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO<br>813.020.011.119                                                                                             |     | CNPJ<br>11.206.099/0001-07                                                                                                                                                                                |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | CNPJ/CPF<br>45.349.461/0001-02                                                                                                                                                                            |      | DATA DA EMISSÃO<br>29/04/2020                                                     |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| ENDEREÇO<br>AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | BAIRRO/DISTRITO<br>JARDIM ARIANO                                                                                                                                                                          |      | CEP<br>16400-400                                                                  |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| MUNICÍPIO<br>LINS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | FONE/FAX<br>1435325198                                                                                                                                                                                    |      | UF<br>SP                                                                          |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| FATURA / DUPLICATA<br>001 27/05/2020 873,38                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | INSCRIÇÃO ESTADUAL<br>5250929840006                                                                                                                                                                       |      | HORA DA SAÍDA<br>29 ABR 2020                                                      |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| CÁLCULO DO IMPOSTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS<br>873,38                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                          | VALOR DO ICMS<br>54,84                                                                                                                             |     | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST<br>0,00                                                                                                                                                                        |      | VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO<br>0,00                                                |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| VALOR DO FRETE<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                          | VALOR DO SEGURO<br>0,00                                                                                                                            |     | DESCONTO<br>0,00                                                                                                                                                                                          |      | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS<br>0,00                                                |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| VALOR TOTAL DOS PRODUTOS<br>873,38                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          | VALOR TOTAL DO IPI<br>0,00                                                                                                                         |     | VALOR TOTAL DA NOTA<br>873,38                                                                                                                                                                             |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| NOME / RAZÃO SOCIAL<br>ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | FRETE POR CONTA<br>0 - DO EMITENTE                                                                                                                                                                        |      | CÓDIGO ANTT<br>PLACA DO VEÍCULO                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| ENDEREÇO<br>AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     | MUNICÍPIO<br>POUSO ALEGRE                                                                                                                                                                                 |      | UF<br>MG                                                                          |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| QUANTIDADE<br>3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          | ESPÉCIE<br>CAIXA                                                                                                                                   |     | MARCA<br>NÚMERO                                                                                                                                                                                           |      | PESO BRUTO<br>10,55                                                               |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                           |      | PESO LÍQUIDO<br>10,55                                                             |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| 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 |
| 28432                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AVENTAL DESC.ML C/PUNHO BR.20G C/10-PO-LARFIX LT 36048 (10)01/25 (Fornecedor: 19-952, Lote: 36048, Qtde: 10 ,Data Fab: 31/01/2020, Data Val: 31/01/2025) | 62101000                                                                                                                                           | 300 | 6108                                                                                                                                                                                                      | PCT  | 10                                                                                | 54,0000 | 540,00                                                                                                                                               | 540,00  | 21,60  |       | 4,00    |        |
| 22852                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW260 (2)10/24 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW260, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2024)               | 65069900                                                                                                                                           | 200 | 6108                                                                                                                                                                                                      | PCT  | 2                                                                                 | 15,9500 | 31,90                                                                                                                                                | 31,90   | 1,28   |       | 4,00    |        |
| 11067                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AA (4)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 29519S06AA, Qtde: 4 ,Data Fab: 10/12/2019, Data Val: 30/06/2021)    | 90181100                                                                                                                                           | 200 | 6108                                                                                                                                                                                                      | PCT  | 4                                                                                 | 13,2000 | 52,80                                                                                                                                                | 52,80   | 2,11   |       | 4,00    |        |
| 22994                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/10 CX.250-EUROPA LT 34611 (2)12/24 (Fornecedor: 4, Lote: 34611, Qtde: 2 ,Data Fab: 29/01/2020, Data Val: 11/12/2024)             | 30059090                                                                                                                                           | 000 | 6108                                                                                                                                                                                                      | CX   | 2                                                                                 | 95,5400 | 191,08                                                                                                                                               | 191,08  | 22,93  |       | 12,00   |        |
| 10449                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SONDA FOLEY 2V N.16 5-10CC C/10-SOLIDOR LT 8519122 (1)12/24 (Fornecedor: 4, Lote: 85-19122, Qtde: 1 ,Data Fab: 11/03/2020, Data Val: 31/12/2024)         | 90183921                                                                                                                                           | 700 | 6108                                                                                                                                                                                                      | CX   | 1                                                                                 | 28,8000 | 28,80                                                                                                                                                | 28,80   | 3,46   |       | 12,00   |        |
| DADOS ADICIONAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                   |         |                                                                                                                                                      |         |        |       |         |        |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES<br>UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017# R 16 B 12...<br>ITENS 1 a 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.<br>Emenda Constitucional 87 de 2015:<br>Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 102,38<br>Pedido: 402386<br>End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :<br>COMERCIAL<br>Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG<br>Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671<br>QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO<br>PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703<br>Rota.....: 3 Cubagem: 0,13 |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                                           |      |                                                                                   |         | RESERVADO AO FISCO<br><div style="text-align: center;">  </div> |         |        |       |         |        |

Mercadorias avariadas e/ou faltas  
são repostas de serem relacionadas  
ao conhecimentos do transportes.

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

Convênio nº 01/07/2017  
Termo Aditivo nº 001/2020  
Fonte Recurso Estadual  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Osvaldo Brandi Faria\* de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio



29/05/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:12:15  
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL  
-----

00190000090224871700700021741178982700000020190

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 52.204

NOSSO NUMERO 22487170000021741

CONVENIO 02248717

DATA DE VENCIMENTO 29/05/2020

DATA DO PAGAMENTO 22/05/2020

VALOR DO DOCUMENTO 201,90

VALOR COBRADO 201,90  
=====

NR.AUTENTICACAO 8.858.782.542.9C1.658

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

|                                                                                 |                                                            |                                                            |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------|
|  | <b>NOTA DE LOCAÇÃO FATURA</b><br>Nº 000019442<br>CENTERMAQ | ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO<br>Nome / Carimbo / Assinatura | RG:                  |
|                                                                                 |                                                            |                                                            | Data do Recebimento: |

|                                                                                  |                                                                                                                      |  |                                                               |                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|  | CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA<br>RUA MARTIN WESTPHAL, 220<br>17539-006 MARILIA / SP<br>62.771.316/0001-34 |  | 14-3311-7888<br>contato@centermaq.com<br>I.E: 438.076.337.119 | <b>NOTA DE LOCAÇÃO FATURA</b><br>Nº 000019442<br>Data Emissão 15/05/2020 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

|                        |                     |                          |
|------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nº Fatura<br>000019442 | Valor R\$<br>201,90 | Vencimento<br>29/05/2020 |
|------------------------|---------------------|--------------------------|

|                                                             |                  |                            |                         |                |
|-------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------|----------------|
| Pagador<br>ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL               |                  |                            |                         |                |
| Endereço<br>AV JOSE A RODRIGUES 303                         |                  |                            |                         |                |
| Município/UF<br>LINS                                        | CEP<br>16400-400 | CNPJ<br>45.349.461/0001-02 | Insc.Estadual<br>ISENTO | Insc.Municipal |
| Endereço de cobrança e praça de pagamento                   |                  |                            |                         |                |
| Valor por extenso<br>DUZENTOS E UM REAIS E NOVENTA CENTAVOS |                  |                            |                         |                |

| Discriminação                                                                                                                                                                                             | Qtde. | Vr. Unit. | Desconto | Total R\$ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|----------|-----------|
| LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL)<br>PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO<br>16/04/2020 A 16/05/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414.<br><br>COM EXCEDENTE DE 365 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 21,90 | 1     | 201,90    |          | 201,90    |
| Valor total da nota R\$                                                                                                                                                                                   |       |           | 0,00     | 201,90    |

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.

|                                                                                    |              |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|
|  | <b>001-9</b> | 00190.00009 02248.717007 00021.741178 9 82700000020190 |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                       |                                    |                    |             |                                     |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Local de Pagamento<br>PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO                                                                                                      |                                    |                    |             |                                     | Vencimento<br><b>29/05/2020</b>                    |
| Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34<br>RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-     |                                    |                    |             |                                     | Agência / Código Beneficiário<br>0141-4/00100131-0 |
| Data do Documento<br>15/05/2020                                                                                                                                       | Número do Documento<br>000019442/1 | Espécie Doc.<br>DM | Aceite<br>N | Data do Processamento<br>15/05/2020 | Nosso Número<br>22487170000021741                  |
| Uso do Banco                                                                                                                                                          | Carteira<br>17                     | Moeda<br>R\$       | Quantidade  | Valor                               | ( = ) Valor do Documento<br><b>201,90</b>          |
| Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.)<br>NAO DISPENSAR JUROS DE MORA<br>COBRAR JUROS DE R\$ 0,27 AO DIA<br>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<br>AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03<br>16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP | CPF / CNPJ<br>45.349.461/0001-02<br>Código de Baixa<br>22487170000021741 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                              |
|------------------|----------------------------------------------|
| Pagador/Avalista | Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação |
|------------------|----------------------------------------------|



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

22/05/20  
Muro

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
29/05/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.12.15  
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 100.794,90

DEBITO EM: 22/05/2020

=====

DOCUMENTO: 052205

AUTENTICACAO SISBB: 6.217.995.932.250.B6B

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

Mina

|                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|--|------------|--|--|--|------------|--|----------|--|
|                                                                                          |  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS</b><br><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA</b><br><b>NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e</b>                                                                                                                                                      |  |                            |  | <b>Número da NFS-e</b><br><b>286</b> |  |  |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Data e Hora da Emissão                                                                                                                                                    |  | 21/05/2020 12:33:14                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Competência                |  | 21/5/2020                            |  | Código de Verificação                                                               |                                             | 96NBXYCHT                   |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Número do RPS                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | No. da NFS-e substituída   |  |                                      |  | Local da Prestação                                                                  |                                             | SAO CARLOS - SP             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| <b>Prestador de Serviço</b>                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| 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 |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| <b>Tomador de Serviço</b>                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| 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  |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| <b>Discriminação do Serviço</b>                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP<br>Plantonistas Coordenação/Diaristas |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Convênio 0107/2017                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Termo Aditivo nº 001/2020                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Referente Abril de 2020                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| <b>Código do Serviço / Atividade</b>                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| 7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| <b>Detalhamento Específico da Construção Civil</b>                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Código da Obra                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  | Código ART                                                                          |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| <b>Tributos Federais</b>                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| PIS (R\$)                                                                                                                                                                 |  | 698,10                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | COFINS (R\$)               |  | 3.222,00                             |  | IR (R\$)                                                                            |                                             | 1.611,00                    |  | INSS (R\$) |  |  |  | CSLL (R\$) |  | 1.074,00 |  |
| <b>Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço</b>                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                            |  | <b>Outras Informações</b>            |  |                                                                                     | <b>Cálculo do ISSQN devido no Município</b> |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Valor do Serviço R\$                                                                                                                                                      |  | 107.400,00                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Natureza Operação          |  | Valor do Serviço R\$                 |  | 107.400,00                                                                          |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| (-) Desconto Incondicionado                                                                                                                                               |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 1-Tributação no município  |  | (-) Deduções Permitidas em Lei       |  | 0,00                                                                                |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| (-) Desconto Condicionado                                                                                                                                                 |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Regime Especial Tributação |  | (-) Desconto Incondicionado          |  | 0,00                                                                                |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| (-) Retenções Federais                                                                                                                                                    |  | 6.605,10                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 0-Nenhum                   |  | Base de Cálculo                      |  | 107.400,00                                                                          |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| (-) Outras Retenções                                                                                                                                                      |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Opção Simples Nacional     |  | (x) Alíquota %                       |  | 2,00                                                                                |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| (-) ISSQN Retido                                                                                                                                                          |  | 0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 2 - Não                    |  | ISSQN a Reter                        |  | ( ) Sim (X) Não                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| (=) Valor Líquido R\$                                                                                                                                                     |  | 100.794,90                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Incentivador Cultural      |  | (=) Valor do ISSQN R\$               |  | 2.148,00                                                                            |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
|                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 2-Não                      |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |
| Avisos                                                                                                                                                                    |  | 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço.<br>2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, <a href="http://SaoCarlos.ginfes.com.br">http://SaoCarlos.ginfes.com.br</a> com a utilização do Código de Verificação. |  |                            |  |                                      |  |                                                                                     |                                             |                             |  |            |  |  |  |            |  |          |  |

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

22/05/2020  
 Mina

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **ALCIONE BOGAZ**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 18:50     | 20:06   | 21:02     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 18:50     | 20:00   | 21:01     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 18:44     | 19:54   | 20:54     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 18:53     | 20:02   | 21:01     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 18:56     | 20:09   | 21:01     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 18:44     | 20:29   | 21:25     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 18:49     | 20:21   | 21:25     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 18:58     | 20:03   | 21:00     | 07:11   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 18:51     | 20:23   | 21:24     | 06:50   | 10:58         | 00:00        | 08:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 18:55     | 20:51   | 21:38     | 06:58   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | 18:49     | 20:06   | 20:53     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 11 dias, 20 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>120:58</b> | <b>00:00</b> | <b>88:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS: SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15:30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

  
 ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
 (A)

| Data                                                      | Entrada 1     | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refelcao     | Total Not.   |
|-----------------------------------------------------------|---------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                                 | 18:47         | 20:25   | 21:22     | 07:08   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 24/03 ter                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                                 | 18:50         | 20:23   | 21:18     | 07:08   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 26/03 qui                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                                 | 18:52         | 20:15   | 21:12     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 28/03 sab                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                                 | 18:42         | 20:42   | 21:37     | 07:07   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 30/03 seg                                                 | Afastamento - |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                                 | Afastamento - |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                                 | Afastamento - |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                                 | Afastamento - |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                                 | Afastamento - |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                                 | Afastamento - |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                                 | Afastamento - |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                                 | 18:48         | 20:08   | 21:05     | 07:07   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 07/04 ter                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                                 | 18:56         | 20:09   | 21:02     | 07:11   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 09/04 qui                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                                 | 18:00         | 20:16   | 21:08     | 07:11   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 13/04 seg                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                                 | 18:55         | 20:40   | 21:31     | 07:08   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 15/04 qua                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                                 | 18:54         | 20:38   | 21:32     | 07:15   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 17/04 sex                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                                 | 18:06         | 20:33   | 21:27     | 07:07   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 19/04 dom                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                                 | Folga         |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 10 dias, 14 folgas/feriados, 7 afastamentos</b> |               |         |           |         | <b>110:00</b> | <b>00:00</b> | <b>80:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE ENTRAS DIFERENÇA A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

  
**ALESSANDRA AGUIAR**  
**SALESSE**  
 08/05/2020

**ASS. HOSPITALAR BEN DO**  
**BRASIL**

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
 (A)

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | 18:57     | 20:04   | 21:04     | 05:12   | 09:15         | 00:00        | 08:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 18:59     | 20:02   | 21:01     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 18:51     | 20:11   | 21:08     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 18:58     | 20:28   | 21:00     | 07:01   | 11:31         | 00:00        | 08:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 18:57     | 20:16   | 21:21     | 07:01   | 10:59         | 00:00        | 08:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 19:14     | 20:02   | 21:00     | 07:12   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 19:09     | 20:25   | 21:15     | 06:58   | 10:59         | 00:00        | 08:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 18:50     | 20:07   | 21:03     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 18:54     | 20:09   | 21:12     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 19:05     | 21:00   | 22:00     | 07:08   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 19:04     | 20:15   | 21:15     | 07:01   | 10:57         | 00:00        | 08:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 19:18     | 21:34   | 22:35     | 07:00   | 10:41         | 00:00        | 07:20        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>130:22</b> | <b>00:00</b> | <b>95:20</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

  
 ALESSANDRA DE CASSIA  
 MARDEGAN

01/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | 06:51     | 13:07   | 14:06     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | 06:48     | 13:09   | 14:08     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | 06:46     | 13:13   | 14:08     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 06:52     | 12:29   | 13:26     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 06:48     | 12:57   | 13:56     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 06:46     | 12:58   | 13:56     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | 06:45     | 13:08   | 14:07     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 06:44     | 13:05   | 14:01     | 18:57   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | 06:51     | 13:15   | 14:12     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | 06:59     | 14:24   | 15:24     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 06:54     | 13:18   | 14:13     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 06:49     | 12:29   | 13:28     | 19:06   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | 06:46     | 12:04   | 13:01     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>143:00</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

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  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI  
 CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                      | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Refeicao     | Total Not.   |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                                 | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                                 | 18:51                | 19:48   | 20:54     | 07:00   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 01/04 qua                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                                 | 18:49                | 20:06   | 20:57     | 07:00   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 03/04 sex                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                                 | 18:53                | 20:12   | 21:07     | 07:06   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 05/04 dom                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                                 | 19:12                | 20:07   | 21:04     | 07:00   | 10:51        | 00:00        | 08:00        |
| 07/04 ter                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                                 | 18:50                | 20:09   | 21:02     | 07:01   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 09/04 qui                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                                 | 18:51                | 20:21   | 21:06     | 07:06   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 11/04 sab                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                                 | 18:57                | 20:41   | 21:31     | 07:06   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 15/04 qua                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                                 | 18:53                | 20:39   | 21:32     | 07:06   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 17/04 sex                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                                 | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                                 | 18:50                | 20:42   | 21:32     | 07:03   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| <b>TOTAL: 9 dias, 12 folgas/feriados, 10 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>98:51</b> | <b>00:00</b> | <b>72:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE FOLGAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Faltas [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

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 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas | Refelcao | Total Not. |
|------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-------------|----------|------------|
| 21/03 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 22/03 dom                          | 18:47     | 20:04   | 21:04     | 07:01   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 23/03 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 24/03 ter                          | 18:48     | 20:09   | 21:06     | 07:00   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 25/03 qua                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 26/03 qui                          | 18:50     | 20:06   | 21:04     | 07:00   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 27/03 sex                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 28/03 sab                          | 18:49     | 20:05   | 21:02     | 07:00   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 29/03 dom                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 30/03 seg                          | 18:53     | 20:00   | 21:00     | 07:00   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 31/03 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 01/04 qua                          | 18:54     | 20:04   | 21:11     | 07:00   | 10:59       | 00:00    | 08:00      |
| 02/04 qui                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 03/04 sex                          | 18:53     | 20:02   | 20:59     | 07:00   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 04/04 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 05/04 dom                          | 18:56     | 20:29   | 21:31     | 07:00   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 06/04 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 07/04 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 08/04 qua                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 09/04 qui                          | 18:54     | 20:06   | 21:04     | 07:02   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 10/04 sex                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 11/04 sab                          | 18:50     | 19:59   | 20:55     | 07:08   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 12/04 dom                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 13/04 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 14/04 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 15/04 qua                          | 18:53     | 20:07   | 21:04     | 07:04   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 16/04 qui                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 17/04 sex                          | 18:52     | 20:20   | 21:06     | 06:58   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 18/04 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 19/04 dom                          | 18:57     | 20:06   | 20:57     | 06:51   | 11:00       | 00:00    | 08:00      |
| 20/04 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados |           |         |           |         | 142:59      | 00:00    | 104:00     |

TOLERÂNCIA CARGA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

  
 ANA PAULA DOS SANTOS  
 SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

07/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **BIANCA CAETANO COSTA SILVA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | 06:51     | 12:14   | 13:47     | 19:00   | 10:36         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | 06:48     | 12:17   | 13:07     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | 06:49     | 12:46   | 13:29     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | 06:53     | 12:09   | 13:01     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | 06:49     | 12:07   | 13:01     | 18:57   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 06:49     | 11:55   | 12:53     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 06:45     | 12:15   | 13:12     | 19:19   | 11:37         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | 18:48     | 20:08   | 21:06     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 06:49     | 12:23   | 13:20     | 19:09   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | 06:48     | 12:50   | 13:45     | 19:13   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | 06:50     | 12:59   | 14:00     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 06:48     | 12:23   | 13:12     | 00:15   | 11:00         | 00:00        | 02:34        |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 06:52     | 12:58   | 13:55     | 18:18   | 10:29         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | 06:51     | 13:22   | 14:25     | 19:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | 06:50     | 13:38   | 14:33     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>164:42</b> | <b>00:00</b> | <b>10:34</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIORES A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

*Bianca C.C. Silva*  
 BIANCA CAETANO COSTA  
 SILVA  
 06/05/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **BRUNA BERALDO FERRANTE**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
 (A)

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | 19:03     | 19:56   | 20:47     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | 05:08     | 12:19   | 13:16     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 07:01     | 15:00   | 15:56     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 19:04     | 20:05   | 21:00     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 07:03     | 13:12   |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 18:57     | 19:49   | 20:53     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 19:11     | 20:24   | 21:21     | 07:10   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | 07:04     | 11:21   | 12:16     | 19:24   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 19:05     | 20:29   | 21:25     | 07:00   | 10:59         | 00:00        | 08:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 07:03     | 12:15   | 13:17     | 19:06   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 07:02     | 11:55   | 12:49     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | 06:59     | 13:15   | 14:11     | 18:13   | 10:18         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 08:18     | 11:20   | 12:16     | 19:08   | 09:54         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 07:04     | 13:58   | 14:53     | 19:11   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | 18:56     | 20:05   | 20:54     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 20/04 seg                                 | 18:55     | 20:42   | 21:31     | 07:07   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| <b>TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>163:11</b> | <b>00:00</b> | <b>56:00</b> |

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)

BRUNA BERALDO FERRANTE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **CATIA FERNANDA FERRAZ**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data      | Entrada 1                         | Saída 1 | Trabalhadas | Refeicao | Total Not. |
|-----------|-----------------------------------|---------|-------------|----------|------------|
| 21/03 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 22/03 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 23/03 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 24/03 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 25/03 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 26/03 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 27/03 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 28/03 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 29/03 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 30/03 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 31/03 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 01/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 02/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 03/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 04/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 05/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 06/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 07/04 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 08/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 09/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 10/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 11/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 12/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 13/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 14/04 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 15/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 16/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 17/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 18/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 19/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 20/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionario **CATIA FERNANDA FERRAZ**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                           | Entrada 1 | Saída 1 | Trabalhadas | Refeicao | Total Not. |
|--------------------------------|-----------|---------|-------------|----------|------------|
| TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/30 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data      | Entrada 1                         | Saída 1 | Trabalhadas | Refeicao | Total Not. |
|-----------|-----------------------------------|---------|-------------|----------|------------|
| 21/03 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 22/03 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 23/03 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 24/03 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 25/03 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 26/03 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 27/03 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 28/03 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 29/03 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 30/03 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 31/03 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 01/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 02/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 03/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 04/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 05/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 06/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 07/04 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 08/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 09/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 10/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 11/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 12/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 13/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 14/04 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 15/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 16/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 17/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 18/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 19/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 20/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |

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

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.    |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|---------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 22/03 dom                                 | 18:46     | 20:00   | 20:55     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 24/03 ter                                 | 18:51     | 20:02   | 20:57     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 26/03 qui                                 | 18:47     | 20:07   | 21:04     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/03 sab                                 | 18:47     | 20:05   | 21:00     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 30/03 seg                                 | 18:51     | 20:00   | 21:01     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 01/04 qua                                 | 18:46     | 19:54   | 20:54     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 03/04 sex                                 | 18:53     | 20:02   | 21:00     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 05/04 dom                                 | 18:51     | 20:10   | 21:05     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 07/04 ter                                 | 18:53     | 20:29   | 21:26     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 09/04 qui                                 | 18:51     | 20:32   | 21:30     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 11/04 sab                                 | 18:48     | 19:59   | 20:55     | 07:07   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/04 seg                                 | 18:49     | 20:02   | 21:00     | 07:11   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 17/04 sex                                 | 18:52     | 20:54   | 21:54     | 06:58   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 19/04 dom                                 | 18:50     | 20:04   | 20:53     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>154:00</b> | <b>00:00</b> | <b>112:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

*Daniela Santos Oliveira*  
 DANIELA DOS SANTOS DE  
 OLIVEIRA

*04/05/20*

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL



Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL  
Funcionario DEBORA CRISTINA LOCHE  
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.    |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|---------------|
| 21/03 sab                                 | 18:48     | 20:30   | 21:30     | 07:05   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/03 seg                                 | 17:51     | 20:30   | 21:29     | 06:00   | 10:01         | 00:00        | 08:00         |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/03 qua                                 | 18:50     | 20:30   | 21:30     | 07:05   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/03 sex                                 | 18:51     | 20:38   | 21:36     | 06:59   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/03 dom                                 | 18:46     | 20:30   | 21:30     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/03 ter                                 | 18:51     | 20:35   | 21:35     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/04 qui                                 | 18:54     | 20:30   | 21:30     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/04 sab                                 | 18:52     | 20:40   | 21:35     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/04 seg                                 | 18:42     | 20:26   | 21:25     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/04 qua                                 | 18:51     | 20:31   | 21:30     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/04 sex                                 | 18:51     | 20:33   | 21:33     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/04 dom                                 | 18:46     | 20:31   | 21:34     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/04 ter                                 | 18:55     | 20:35   | 21:35     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/04 qui                                 | 18:50     | 20:31   | 21:30     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/04 sab                                 | 18:45     | 20:30   | 21:30     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/04 seg                                 | 18:50     | 20:40   | 21:40     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| <b>TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>175:01</b> | <b>00:00</b> | <b>128:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
15/30 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

  
DEBORA CRISTINA LOCHE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **DENISE PRISCILA ANCILOTTI LISBOA DE SOUZA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                               | Entrada 1              | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Refeição     | Total Not.   |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                                          | 18:55                  | 20:23   | 21:17     | 07:01   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 26/03 qui                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                                          | 18:58                  | 20:16   | 21:13     | 06:59   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 28/03 sab                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                                          | 19:02                  | 19:49   | 20:53     | 06:57   | 10:51        | 00:00        | 08:00        |
| 01/04 qua                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                                          | Falta                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                                          | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                                          | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                                          | 18:50                  | 20:44   | 21:32     | 07:03   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| <b>TOTAL: 4 dias, 1 falta, 10 folgas/feriados, 16 afastamentos</b> |                        |         |           |         | <b>43:51</b> | <b>00:00</b> | <b>32:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE FOLGAS SUPERA 120 DIAS

Convênio nº 0107/2017  
 Termo Aditivo nº 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 ANCILOTTI  
 LISBOA DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **EDILAINE MUNHOZ MAQUEA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.    |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|---------------|
| 21/03 sab                                 | 18:56     | 19:56   | 20:46     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/03 seg                                 | 18:59     | 20:25   | 21:21     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/03 qua                                 | 18:57     | 20:23   | 21:31     | 07:01   | 10:56         | 00:00        | 08:00         |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/03 sex                                 | 18:59     | 20:16   | 21:11     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/03 dom                                 | 18:55     | 20:42   | 21:37     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/03 ter                                 | 18:56     | 19:49   | 20:53     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/04 qui                                 | 18:57     | 20:05   | 20:56     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/04 sab                                 | 18:53     | 20:12   | 21:07     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/04 seg                                 | 19:00     | 20:07   | 21:04     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/04 qua                                 | 18:58     | 20:09   | 21:02     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/04 dom                                 | 19:02     | 20:16   | 21:08     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/04 qui                                 | 18:58     | 20:38   | 21:32     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/04 sab                                 | 19:01     | 20:34   | 21:27     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>142:56</b> | <b>00:00</b> | <b>104:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movei (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

EDILAINE MUNHOZ MAQUEA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

08/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **EDILENE MANOEL**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | 06:59     | 12:13   | 13:16     | 19:11   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 07:00     | 13:37   | 14:44     | 19:02   | 10:55         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 07:00     | 13:21   | 14:20     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 07:01     | 13:00   | 14:09     | 19:04   | 10:54         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 06:57     | 13:06   | 13:54     | 19:09   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 07:05     | 13:37   | 14:31     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 07:02     | 13:19   | 14:28     | 19:02   | 10:51         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 07:03     | 12:42   | 13:49     | 19:07   | 10:57         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 07:01     | 12:54   | 14:04     | 19:05   | 10:54         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 07:02     | 13:33   | 14:35     | 19:01   | 10:57         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 07:01     | 13:33   | 14:37     | 19:12   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 07:05     | 13:41   | 14:46     | 19:03   | 10:53         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | 07:05     | 13:26   | 14:34     | 18:58   | 10:45         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>142:06</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

*Edilene Manoel*  
 EDILENE MANOEL  
 07/05/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **ELAINE CRISTINA DIAS BORGES**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                                       | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|------------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                                  | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                                  | 06:48                | 12:57   | 13:57     | 19:01   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                                  | 06:51                | 13:02   | 13:56     | 19:01   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                                  | 06:53                | 13:09   | 14:08     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                                  | 06:50                | 13:52   | 14:58     | 18:57   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                                  | 06:52                | 13:07   | 14:03     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                                  | 07:03                | 14:25   | 15:24     | 19:00   | 10:58         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                                  | 06:58                | 13:17   | 14:12     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                                  | 06:51                | 12:29   | 13:27     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                                  | 06:54                | 12:05   | 13:02     | 19:01   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                                  | Folga                |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                                  | 07:04                | 14:00   | 14:57     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 10 dias, 11 folgas/feriados, 10 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>109:58</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPRIR À 30 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

*Elaine C. D. Borges*  
 ELAINE CRISTINA DIAS  
 BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

6/5/20

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **ELIANA CRISTINA RODRIGUES**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Entrada 3 | Saída 3 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | 06:53     | 13:15   | 14:19     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | 06:50     | 13:09   | 14:09     | 19:02   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | 07:00     | 12:23   | 13:21     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | 06:54     | 12:06   | 13:12     | 18:57   |           |         | 10:57         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 06:54     | 12:58   | 14:00     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 06:56     | 13:01   | 14:02     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | 06:54     | 12:10   | 13:11     | 19:01   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 06:53     | 12:21   | 13:20     | 18:57   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | 06:53     | 14:20   | 15:22     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | 06:55     | 13:17   | 14:15     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | 06:57     | 13:20   | 14:21     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 09:55     | 13:26   | 14:30     | 19:08   |           |         | 08:09         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | 06:54     | 11:00   | 11:59     | 19:00   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | 06:53     | 14:00   | 14:57     | 15:02   | 19:03     |         | 07:12         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         |           |         | <b>147:18</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE FALTAS 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)

*Elisano C. Rodrigues*  
 ELIANA CRISTINA RODRIGUES  
 08/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **GISLAINE MACHADO MORABITO**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | 06:55     | 12:04   | 13:05     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | 06:53     | 12:09   | 13:10     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | 06:58     | 12:12   | 13:08     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | 06:57     | 11:07   | 12:06     | 18:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 06:54     | 11:58   | 12:55     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 06:54     | 11:57   | 12:57     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 06:58     | 12:04   | 13:07     | 18:57   | 10:56         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | 07:00     | 12:08   | 13:06     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | 06:51     | 12:12   | 13:07     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | 07:04     | 13:20   | 14:20     | 19:00   | 10:56         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 06:56     | 12:15   | 13:12     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 06:49     | 12:10   | 13:13     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | 06:46     | 11:00   | 11:59     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | 06:53     | 12:51   | 13:53     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>153:52</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS (INÍCIO E FIM A 10 MINUTOS)

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GISLAINE MACHADO  
 MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | 06:49     | 12:09   | 13:17     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 07:00     | 12:22   | 13:20     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 18:52     | 20:28   | 21:20     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 06:51     | 12:07   | 13:10     | 19:14   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 06:48     | 12:22   | 13:23     | 19:07   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 06:48     | 12:14   | 13:14     | 19:21   | 11:33         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 06:45     | 12:03   | 13:04     | 19:13   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 06:45     | 12:26   | 13:20     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 06:54     | 12:55   | 13:57     | 19:11   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 17:44     | 20:48   | 21:48     | 06:01   | 10:01         | 00:00        | 08:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 18:43     | 20:47   | 21:45     | 07:09   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 06:51     | 12:35   | 13:35     | 19:12   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 07:00     | 12:26   | 13:23     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 06:50     | 12:58   | 13:58     | 19:16   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | 06:54     | 12:58   | 13:58     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>164:34</b> | <b>00:00</b> | <b>24:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE ENTRAS SUPERAR A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

*Isadora M. de Castro*  
 ISADORA MORAIS DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 7/5/2020 BRASIL



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **IZABEL CRISTINA DE SOUZA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | 06:52     | 12:42   | 13:39     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | 06:50     | 13:10   | 14:08     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | 06:54     | 13:01   | 14:04     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 07:00     | 12:18   | 13:12     | 18:59   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | 07:02     | 12:08   | 13:05     | 18:58   | 10:59         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | 06:54     | 12:25   | 13:12     | 18:57   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 06:48     | 12:32   | 13:32     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 06:51     | 14:03   | 15:05     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | 06:54     | 13:44   | 14:52     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 06:50     | 13:30   | 14:27     | 18:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | 06:52     | 13:07   | 14:08     | 19:02   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 07:01     | 10:44   | 11:45     | 19:01   | 10:59         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | 07:04     | 13:22   | 14:21     | 19:01   | 10:58         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 06:58     | 13:39   | 14:29     | 19:10   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 06:51     | 13:56   | 14:42     | 19:11   | 11:34         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | 06:54     | 13:02   | 14:09     | 18:56   | 10:55         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>176:25</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

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)

*IZABEL CRISTINA DE SOUZA*  
 IZABEL CRISTINA DE SOUZA  
 6/5/20

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 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | 18:46     | 20:00   | 20:55     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 18:51     | 20:01   | 20:57     | 06:59   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 18:46     | 20:01   | 21:04     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 18:56     | 20:06   | 21:02     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 19:03     | 19:54   | 20:54     | 07:00   | 10:57         | 00:00        | 08:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 18:54     | 20:02   | 20:50     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 19:05     | 20:10   | 21:02     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 18:42     | 20:29   | 21:25     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 18:53     | 20:31   | 21:30     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 19:59     | 20:55   | 22:00     | 07:05   | 10:01         | 00:00        | 08:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 19:10     | 20:02   | 21:00     | 07:11   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 18:53     | 20:06   | 21:04     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>130:58</b> | <b>00:00</b> | <b>96:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE FOLGAS SUPERIOR A 10 DIAS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

*Jose Lopes de Oliveira*  
 JOSE LOPES DE OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | 06:52     | 12:11   | 13:09     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 06:54     | 12:16   | 13:13     | 18:57   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 06:56     | 12:01   | 13:00     | 18:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | 06:50     | 13:37   | 14:37     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 07:15     | 08:36   |           |         | 01:21         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 06:53     | 13:13   | 14:13     | 18:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 06:51     | 11:49   |           |         | 04:58         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 06:50     | 12:31   | 13:29     | 19:01   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 06:54     | 12:33   | 13:25     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 06:54     | 12:50   | 13:44     | 18:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 06:52     | 12:50   | 13:50     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 06:54     | 12:20   | 13:20     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | 06:54     | 12:16   | 13:17     | 18:56   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>127:19</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Model (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

*Kelly C. R. Rocha*  
 KELLY CRISTINA RAMOS  
 ROCHA

*7/5/20*

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  | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                                         | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                                         | 07:13                  | 13:08   | 14:17     | 17:00   | 07:00        | 01:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                                         | 07:19                  | 14:24   | 15:33     | 16:45   | 06:45        | 01:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                                         | 07:20                  | 14:04   | 15:06     | 16:50   | 06:50        | 01:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                                         | 07:39                  | 13:36   | 14:43     | 16:55   | 06:55        | 01:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                                         | Falta                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                                         | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                                         | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                                         | 07:19                  | 13:21   | 14:32     | 16:40   | 06:29        | 01:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                                         | 07:22                  | 13:06   | 14:17     | 16:40   | 06:29        | 01:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                                         | 07:31                  | 12:52   | 13:55     | 18:03   | 07:30        | 01:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                                         | 07:26                  | 13:18   | 14:38     | 17:19   | 06:59        | 01:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                                         | Feriado -              |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                                         | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                                         | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                                         | Afastamento - ATESTADO |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                                         | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                                         | Folga                  |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                                         | 07:08                  | 13:49   | 14:49     | 17:34   | 07:30        | 01:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 9 dias, 1 falta, 8 folgas/feriados, 13 afastamentos</b> |                        |         |           |         | <b>62:27</b> | <b>09:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE 05 MINUTOS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Início:  
 Segunda  
 5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias  
 Entrada 10/15 [Só Banco] - Saída 10/15 [Só Banco]  
 Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

LAIS MARANI SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

07/05/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL  
Funcionario 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. |
|------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-------------|----------|------------|
| 21/03 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 22/03 dom                          | 07:36     | 13:35   | 14:31     | 19:05   | 10:33       | 00:00    | 00:00      |
| 23/03 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 24/03 ter                          | 06:53     | 13:36   | 14:37     | 18:57   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 25/03 qua                          | 06:45     | 13:34   | 14:36     | 19:00   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 26/03 qui                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 27/03 sex                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 28/03 sab                          | 06:47     | 14:16   | 15:05     | 19:03   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 29/03 dom                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 30/03 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 31/03 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 01/04 qua                          | 06:44     | 13:10   | 14:09     | 18:58   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 02/04 qui                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 03/04 sex                          | 06:55     | 13:45   | 14:48     | 19:02   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 04/04 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 05/04 dom                          | 07:00     | 14:38   | 15:35     | 19:13   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 06/04 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 07/04 ter                          | 07:11     | 14:39   | 15:39     | 19:01   | 10:50       | 00:00    | 00:00      |
| 08/04 qua                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 09/04 qui                          | 07:14     | 13:52   | 15:01     | 19:06   | 10:43       | 00:00    | 00:00      |
| 10/04 sex                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 11/04 sab                          | 07:08     | 14:13   | 15:22     | 19:00   | 10:43       | 00:00    | 00:00      |
| 12/04 dom                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 13/04 seg                          | 07:09     | 14:24   | 15:28     | 18:58   | 10:45       | 00:00    | 00:00      |
| 14/04 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 15/04 qua                          | 07:13     | 13:38   | 14:39     | 19:10   | 10:56       | 00:00    | 00:00      |
| 16/04 qui                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 17/04 sex                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 18/04 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 19/04 dom                          | 06:59     | 13:26   | 14:33     | 19:01   | 10:55       | 00:00    | 00:00      |
| 20/04 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados |           |         |           |         | 141:25      | 00:00    | 00:00      |

FOLGUEIRA 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)

*Leticia Ferraz*  
LETICIA MAIARA DOS SANTOS

07/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

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   | Refeicao     | Total Not.    |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|---------------|
| 21/03 sab                                 | 18:48     | 19:56   | 20:47     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/03 seg                                 | 18:47     | 20:25   | 21:22     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/03 qua                                 | 18:50     | 20:22   | 21:08     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/03 dom                                 | 18:50     | 20:42   | 21:36     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/03 ter                                 | 18:53     | 19:48   | 20:54     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/04 qui                                 | 18:49     | 20:04   | 20:56     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/04 seg                                 | 18:39     | 20:07   | 21:04     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/04 qua                                 | 18:51     | 20:09   | 21:03     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/04 sex                                 | 18:48     | 20:21   | 21:06     | 07:04   | 11:31         | 00:00        | 08:00         |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/04 dom                                 | 18:42     | 20:16   | 21:09     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/04 ter                                 | 18:57     | 20:40   | 21:31     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/04 qui                                 | 18:53     | 20:38   | 21:31     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/04 sab                                 | 18:45     | 20:33   | 21:27     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/04 seg                                 | 18:50     | 20:42   | 21:31     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>154:31</b> | <b>00:00</b> | <b>112:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIORES A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS  
 SANTOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

08/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                               | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas | Refeicao | Total Not. |
|------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-------------|----------|------------|
| 21/03 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 22/03 dom                          | 06:52     | 13:10   | 14:09     | 19:04   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 23/03 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 24/03 ter                          | 07:03     | 12:27   | 13:28     | 18:57   | 10:53       | 00:00    | 00:00      |
| 25/03 qua                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 26/03 qui                          | 06:56     | 12:12   | 13:13     | 19:01   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 27/03 sex                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 28/03 sab                          | 06:55     | 13:32   | 14:24     | 19:04   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 29/03 dom                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 30/03 seg                          | 06:57     | 14:25   | 15:30     | 19:05   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 31/03 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 01/04 qua                          | 06:54     | 12:07   | 13:08     | 18:58   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 02/04 qui                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 03/04 sex                          | 06:55     | 12:04   | 13:06     | 19:02   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 04/04 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 05/04 dom                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 06/04 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 07/04 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 08/04 qua                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 09/04 qui                          | 06:59     | 12:09   | 13:09     | 19:03   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 10/04 sex                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 11/04 sab                          | 07:00     | 13:23   | 14:24     | 19:00   | 10:59       | 00:00    | 00:00      |
| 12/04 dom                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 13/04 seg                          | 06:49     | 12:29   | 13:29     | 18:58   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 14/04 ter                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 15/04 qua                          | 06:50     | 12:20   | 13:22     | 19:07   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 16/04 qui                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 17/04 sex                          | 06:55     | 12:31   | 13:31     | 19:01   | 11:00       | 00:00    | 00:00      |
| 18/04 sab                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 19/04 dom                          | 06:56     | 12:17   | 13:19     | 18:56   | 10:58       | 00:00    | 00:00      |
| 20/04 seg                          | Folga     |         |           |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados |           |         |           |         | 142:50      | 00:00    | 00:00      |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10% DO TOTAL

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

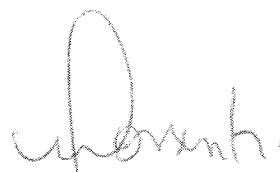
Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
10/30 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

  
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL  
Funcionario MARCIA MAIARA POSSENTI  
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção AUX  
ADMINISTRATIVO

| Data                                      | Entrada 1      | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Entrada 3 | Saída 3 | Trabalhadas   | Refelcao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|----------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | 08:19          | 13:10   | 14:10     | 16:36   |           |         | 07:17         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 07:46          | 13:17   | 13:51     | 18:13   |           |         | 10:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | 07:18          | 11:37   | 12:49     | 17:27   |           |         | 08:57         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 08:15          | 11:45   | 12:46     | 16:13   |           |         | 06:57         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Banco de Horas |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 07:56          | 11:52   |           |         |           |         | 03:56         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 07:37          | 11:12   | 13:02     | 15:41   |           |         | 06:14         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 08:02          | 11:39   | 16:59     |         |           |         | 03:37         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 07:55          | 11:13   | 12:58     | 17:06   |           |         | 07:26         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 07:23          | 11:37   | 13:09     | 16:46   |           |         | 07:51         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 08:05          | 11:58   | 12:53     | 16:36   |           |         | 07:36         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 07:59          | 11:53   | 12:16     | 16:18   |           |         | 07:56         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | 07:39          | 11:51   | 12:52     | 16:32   |           |         | 07:52         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 07:44          | 13:16   | 13:40     | 16:34   |           |         | 08:26         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 07:09          | 11:33   | 13:01     | 17:12   |           |         | 08:35         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 09:27          | 11:51   | 13:08     | 16:35   |           |         | 05:51         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 08:38          | 12:30   | 13:27     | 16:56   |           |         | 07:21         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 07:45          | 12:20   | 12:40     | 16:45   |           |         | 08:40         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 08:01          | 09:53   | 10:06     | 12:04   | 20:03     | 21:32   | 05:19         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga          |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | 08:11          | 13:54   | 14:09     | 14:53   |           |         | 06:27         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 19 dias, 11 folgas/feriados</b> |                |         |           |         |           |         | <b>136:18</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS. COLUNA HORA EXTRA SUPRIMIDA MANUALMENTE

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2020  
Fonte Recurso Estadual  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 090196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio
  
 MARCIA MAIARA POSSENTI
ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASILHorário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda  
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias  
10/99 [Atraso+Extra A]  
Falta [Só Atraso] (feriado)



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **MAURO CELSO CHIAVELLI**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                     | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Refeição     | Total Not.   |
|------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| 01/04 qua                                | 18:56     | 21:20   | 22:20     | 07:19   | 11:00        | 00:00        | 07:37        |
| 02/04 qui                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                | 18:58     | 20:46   | 21:44     | 07:09   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 04/04 sab                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                | 18:58     | 21:21   | 22:42     | 07:03   | 10:44        | 00:00        | 07:12        |
| 06/04 seg                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                | 18:58     | 20:39   | 21:41     | 07:08   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 08/04 qua                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                | 18:59     | 20:47   | 21:47     | 07:21   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 14/04 ter                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                | 18:58     | 20:31   | 21:30     | 07:13   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 16/04 qui                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                | 19:02     | 20:48   | 21:46     | 07:14   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 18/04 sab                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                | 19:00     | 20:48   | 21:48     | 07:26   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 20/04 seg                                | Folga     |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 8 dias, 12 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>87:44</b> | <b>00:00</b> | <b>62:49</b> |

TOLERÂNCIA LÍMITE 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)

MAURO CELSO CHIAVELLI

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

08/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **NATALIA PAZINATO DA SILVA**  
 Departamento **UTI MIRANDOPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 07:21     | 13:22   | 14:38     | 19:01   | 10:24         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 07:03     | 13:29   | 14:33     | 19:04   | 10:57         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 07:16     | 13:15   | 14:20     | 19:05   | 10:44         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 07:09     | 13:18   | 14:24     | 18:59   | 10:44         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 07:08     | 13:53   | 14:54     | 19:03   | 10:54         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 07:10     | 13:39   | 14:45     | 19:13   | 10:57         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 07:11     | 14:39   | 15:39     | 19:02   | 10:51         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 07:06     | 14:41   | 15:45     | 19:07   | 10:57         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 07:02     | 14:07   | 15:14     | 19:00   | 10:51         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 07:05     | 14:03   | 15:06     | 19:00   | 10:52         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 07:08     | 13:38   | 14:39     | 19:11   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 07:03     | 13:38   | 14:42     | 19:03   | 10:56         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>130:07</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

*Natalia Pazinato*  
 NATALIA PAZINATO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
 (A)

| Data      | Entrada 1                         | Saída 1 | Trabalhadas | Refeicao | Total Not. |
|-----------|-----------------------------------|---------|-------------|----------|------------|
| 21/03 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 22/03 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 23/03 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 24/03 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 25/03 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 26/03 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 27/03 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 28/03 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 29/03 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 30/03 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 31/03 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 01/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 02/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 03/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 04/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 05/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 06/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 07/04 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 08/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 09/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 10/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 11/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 12/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 13/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 14/04 ter | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 15/04 qua | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 16/04 qui | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 17/04 sex | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 18/04 sab | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 19/04 dom | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |
| 20/04 seg | Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE |         | 00:00       | 00:00    | 00:00      |

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

Cartão de Ponto de 21/03/2020 a 20/04/2020

página 34 de 43  
Impresso em 04/05/2020 00:45

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
(A)

| Data                                  | Entrada 1 | Saída 1 | Trabalhadas  | Refeição     | Total Not.   |
|---------------------------------------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| <b>TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos</b> |           |         | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
10/30 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER  
NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **PATRICIA ADRIANA FERREIRA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saida 1 | Entrada 2 | Saida 2 | Trabalhadas   | Refelcao     | Total Not.    |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|---------------|
| 21/03 sab                                 | 18:50     | 19:56   | 20:46     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/03 seg                                 | 18:59     | 20:25   | 21:21     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/03 qua                                 | 18:55     | 20:23   | 21:16     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/03 sex                                 | 18:47     | 20:15   | 21:13     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/03 dom                                 | 18:42     | 20:42   | 21:36     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/04 qui                                 | 18:48     | 20:00   | 20:57     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/04 sab                                 | 18:51     | 20:12   | 21:06     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/04 qua                                 | 18:47     | 20:09   | 21:01     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/04 sex                                 | 18:51     | 20:21   | 21:09     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/04 dom                                 | 18:47     | 20:16   | 21:07     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/04 ter                                 | 18:57     | 20:40   | 21:32     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/04 qui                                 | 18:57     | 20:38   | 21:32     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/04 sab                                 | 18:50     | 20:34   | 21:26     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/04 seg                                 | 18:52     | 20:42   | 21:32     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>154:00</b> | <b>00:00</b> | <b>112:00</b> |

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)

*Patricia Adriana Ferreira*  
 PATRICIA ADRIANA FERREIRA  
 08/05/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
Funcionário **PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA**  
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Entrada 3 | Saída 3 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 07:08     | 11:49   | 13:03     | 18:57   |           |         | 10:35         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 07:11     | 13:17   | 14:09     | 18:58   |           |         | 10:55         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 07:32     | 11:54   | 13:04     | 19:05   |           |         | 10:23         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 07:10     | 12:04   | 13:04     | 18:58   |           |         | 10:48         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 07:07     | 11:24   | 12:37     | 19:03   |           |         | 10:43         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 07:08     | 13:08   | 13:45     | 19:11   | 19:13     |         | 11:00         | 00:02        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 07:13     | 11:55   | 13:45     | 18:10   |           |         | 09:07         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 07:15     | 12:01   | 13:01     | 19:05   |           |         | 10:50         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 07:09     | 12:28   | 13:23     | 19:08   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 07:14     | 13:30   | 14:20     | 19:06   |           |         | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 07:16     | 11:55   | 13:03     | 19:03   |           |         | 10:39         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 11 dias, 20 folgas/feriados</b> |           |         |           |         |           |         | <b>117:00</b> | <b>00:02</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
funcionário  
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
Folga  
10/30 [Só Banco]  
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

*Patricia M. Almeida*

PATRICIA MICHELE DE  
ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**  
(A)

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 07:03     | 17:43   |           |         | 10:40         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | 06:57     | 13:21   | 14:51     | 19:01   | 10:34         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 07:00     | 13:10   | 14:05     | 19:05   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 06:55     | 11:58   | 13:01     | 19:15   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 06:48     | 14:00   | 14:58     | 19:29   | 11:43         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | 06:50     | 13:29   | 14:46     | 19:00   | 10:53         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 06:59     | 15:02   | 15:57     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | 18:46     | 19:57   | 21:35     | 07:08   | 10:44         | 00:00        | 08:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 07:06     | 14:00   | 14:57     | 19:15   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 07:00     | 13:35   | 14:54     | 19:28   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 07:03     | 13:49   | 15:16     | 19:25   | 10:55         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | 07:01     | 14:10   | 15:13     | 19:01   | 10:57         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>131:26</b> | <b>00:00</b> | <b>08:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERADICIONAIS 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)

PRISCILA SANTOS LEITE DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
BRASIL

07.05.2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

| Data                                                     | Entrada 1            | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas  | Refeição     | Total Not.   |
|----------------------------------------------------------|----------------------|---------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                                | 18:51                | 20:32   | 21:31     | 07:01   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 23/03 seg                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                                | 18:50                | 20:31   | 21:23     | 07:04   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 25/03 qua                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                                | 18:49                | 20:32   | 21:21     | 07:05   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 29/03 dom                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                                | 18:52                | 20:32   | 21:31     | 07:00   | 11:00        | 00:00        | 08:00        |
| 31/03 ter                                                | Folga                |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                                | Afastamento - FÉRIAS |         |           |         | 00:00        | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 4 dias, 7 folgas/feriados, 20 afastamentos</b> |                      |         |           |         | <b>44:00</b> | <b>00:00</b> | <b>32:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

  
 REGINA LEIA PARRO  
 RODRIGUES DE  
 9/5/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL



Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **RICARDO DE CARVALHO**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refelcao     | Total Not.    |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|---------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 22/03 dom                                 | 18:45     | 20:10   | 21:10     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 23/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 24/03 ter                                 | 18:52     | 20:01   | 21:01     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 26/03 qui                                 | 18:47     | 20:06   | 21:04     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 27/03 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 01/04 qua                                 | 18:46     | 20:01   | 21:11     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 02/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 03/04 sex                                 | 18:54     | 20:00   | 20:58     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 05/04 dom                                 | 18:41     | 20:32   | 21:40     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 06/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 07/04 ter                                 | 18:44     | 20:29   | 21:26     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 08/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 09/04 qui                                 | 18:54     | 20:19   | 21:05     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 11/04 sab                                 | 18:47     | 19:58   | 20:58     | 07:05   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 13/04 seg                                 | 18:42     | 20:01   | 21:00     | 07:10   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 14/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 15/04 qua                                 | 18:50     | 20:06   | 21:04     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 17/04 sex                                 | 18:42     | 20:19   | 21:14     | 06:57   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 19/04 dom                                 | 18:45     | 20:04   | 20:57     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 20/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| <b>TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>143:00</b> | <b>00:00</b> | <b>104:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

  
 RICARDO DE CARVALHO

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **SONIA DOS SANTOS ROCHA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeição     | Total Not.    |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|---------------|
| 21/03 sab                                 | 18:54     | 19:56   | 20:47     | 07:03   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 23/03 seg                                 | 18:59     | 20:25   | 21:22     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 25/03 qua                                 | 18:50     | 20:23   | 21:17     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 27/03 sex                                 | 18:59     | 20:15   | 21:12     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 31/03 ter                                 | 18:54     | 19:49   | 20:53     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 02/04 qui                                 | 18:54     | 20:04   | 20:57     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 04/04 sab                                 | 18:51     | 20:12   | 21:07     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 06/04 seg                                 | 18:51     | 20:07   | 21:04     | 07:01   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 08/04 qua                                 | 18:53     | 20:09   | 21:02     | 07:02   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 10/04 sex                                 | 18:52     | 20:21   | 21:07     | 07:08   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 12/04 dom                                 | 18:50     | 20:16   | 21:09     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 14/04 ter                                 | 18:57     | 20:40   | 21:32     | 07:06   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 18/04 sab                                 | 18:50     | 20:34   | 21:26     | 07:00   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00         |
| 20/04 seg                                 | 18:52     | 20:42   | 21:32     | 07:04   | 11:00         | 00:00        | 08:00         |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>154:00</b> | <b>00:00</b> | <b>112:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE PONTA É SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 15/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

*Sônia dos Santos Rocha*  
 SONIA DOS SANTOS ROCHA  
 8/5/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionário **THAIS BOARETO DA SILVA**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

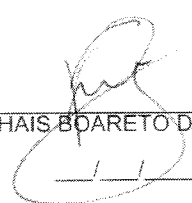
Função  
**ENFERMEIRO(A) RT**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | 07:05     | 12:00   | 13:00     | 19:09   | 07:00         | 01:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | 12:49     | 18:38   |           |         | 05:49         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | 07:49     | 12:03   | 13:02     | 17:42   | 07:00         | 00:59        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | 06:59     | 12:16   | 13:11     | 16:07   | 07:00         | 00:55        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | 07:03     | 11:02   | 11:21     | 14:13   | 06:51         | 00:19        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | 07:34     | 13:01   | 14:03     | 16:30   | 07:00         | 01:02        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 07:33     | 13:31   | 14:10     | 15:40   | 07:00         | 00:39        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | 07:23     | 12:10   | 13:12     | 18:07   | 07:00         | 01:02        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 07:55     | 13:32   | 14:36     | 18:10   | 07:00         | 01:04        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | 08:04     | 13:03   | 14:02     | 16:47   | 07:00         | 00:59        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 07:37     | 13:58   | 15:04     | 17:34   | 07:00         | 01:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | 07:35     | 13:13   | 14:05     | 16:17   | 07:00         | 00:52        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | 07:36     | 13:47   | 14:46     | 15:44   | 07:00         | 00:59        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | 07:35     | 13:50   | 14:47     | 18:28   | 07:00         | 00:57        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | 07:29     | 11:45   | 12:41     | 15:38   | 07:00         | 00:56        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 07:40     | 13:50   | 14:53     | 16:35   | 07:00         | 01:03        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | 07:30     | 13:29   | 14:26     | 16:56   | 07:00         | 00:57        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | 07:31     | 13:21   | 14:20     | 18:17   | 07:00         | 00:59        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | 07:29     | 13:56   | 14:53     | 21:32   | 07:00         | 00:57        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | 18:11     | 19:53   |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | 07:28     | 14:09   | 14:33     | 14:53   | 07:00         | 00:24        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 20 dias, 11 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>138:40</b> | <b>17:03</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXCESSO 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. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início:  
 Segunda  
 5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias  
 5/15 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

  
 THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**  
 Funcionario **VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ**  
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

| Data                                      | Entrada 1 | Saída 1 | Entrada 2 | Saída 2 | Trabalhadas   | Refeicao     | Total Not.   |
|-------------------------------------------|-----------|---------|-----------|---------|---------------|--------------|--------------|
| 21/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 22/03 dom                                 | 06:57     | 12:11   | 13:07     | 19:04   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 23/03 seg                                 | 06:46     | 12:06   | 13:06     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 24/03 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 25/03 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 26/03 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 27/03 sex                                 | 06:46     | 13:38   | 14:20     | 19:02   | 11:34         | 00:00        | 00:00        |
| 28/03 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 29/03 dom                                 | 06:49     | 12:09   | 13:12     | 18:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 30/03 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 31/03 ter                                 | 06:48     | 11:58   | 12:53     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 01/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 02/04 qui                                 | 06:47     | 11:57   | 12:55     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 03/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 04/04 sab                                 | 06:46     | 12:06   | 13:02     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 05/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 06/04 seg                                 | 06:44     | 11:57   | 12:53     | 18:57   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 07/04 ter                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 08/04 qua                                 | 06:51     | 11:54   | 12:55     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 09/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 10/04 sex                                 | 06:50     | 12:05   | 13:01     | 19:00   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 11/04 sab                                 | 06:56     | 11:58   | 12:53     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 12/04 dom                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 13/04 seg                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 14/04 ter                                 | 06:49     | 12:19   | 13:16     | 19:08   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 15/04 qua                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 16/04 qui                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 17/04 sex                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 18/04 sab                                 | Folga     |         |           |         | 00:00         | 00:00        | 00:00        |
| 19/04 dom                                 | 06:50     | 11:18   | 12:13     | 18:58   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| 20/04 seg                                 | 06:47     | 13:02   | 13:53     | 19:03   | 11:00         | 00:00        | 00:00        |
| <b>TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados</b> |           |         |           |         | <b>154:34</b> | <b>00:00</b> | <b>00:00</b> |

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o  
 funcionário  
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem  
 Folga  
 10/30 [Só Banco]  
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

  
 VALERIA CRISTINA DE SOUZA  
 DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO  
 BRASIL

|                                  | Segunda                    | Terça                      | Quarta                   | Quinta                 | Sexta                  | Sábado                | Domingo               |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                  | 01/06                      | 02/06                      | 03/06                    | 04/06                  | 05/06                  | 06/06                 | 07/06                 |
| <b>Diurno</b><br>07:00<br>19:00  | Nathalia Barreto<br>155355 | Nathalia Barreto<br>155355 | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Cleber Brito<br>166687 | Lucas Peron<br>201072 | Lucas Peron<br>201072 |
| <b>Noturno</b><br>19:00<br>07:00 | Carlos Rocha<br>112846     | Carlos Rocha<br>112846     | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Cleber Brito<br>166687 | Lucas Peron<br>201072 | Lucas Peron<br>201072 |

|                                  | Segunda                    | Terça                      | Quarta                   | Quinta                 | Sexta                  | Sábado             | Domingo            |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|
|                                  | 08/06                      | 09/06                      | 10/06                    | 11/06                  | 12/06                  | 13/06              | 14/06              |
| <b>Diurno</b><br>07:00<br>19:00  | Nathalia Barreto<br>155355 | Nathalia Barreto<br>155355 | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Cleber Brito<br>166687 | Cristian<br>125192 | Cristian<br>125192 |
| <b>Noturno</b><br>19:00<br>07:00 | Carlos Rocha<br>112846     | Carlos Rocha<br>112846     | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Bruna Mello<br>166864  | Cristian<br>125192 | Cristian<br>125192 |

|                                  | Segunda                    | Terça                      | Quarta                   | Quinta                 | Sexta                  | Sábado                | Domingo                 |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|
|                                  | 15/06                      | 16/06                      | 17/06                    | 18/06                  | 19/06                  | 20/06                 | 21/06                   |
| <b>Diurno</b><br>07:00<br>19:00  | Nathalia Barreto<br>155355 | Nathalia Barreto<br>155355 | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Cleber Brito<br>166687 | Bruna Mello<br>166864 | Denis Dourado<br>121711 |
| <b>Noturno</b><br>19:00<br>07:00 | Carlos Rocha<br>112846     | Carlos Rocha<br>112846     | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Carlos Rocha<br>112846 | Bruna Mello<br>166864 | Denis Dourado<br>121711 |

|                                  | Segunda                    | Terça                      | Quarta                   | Quinta                 | Sexta                  | Sábado                | Domingo               |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                  | 22/06                      | 23/06                      | 24/06                    | 25/06                  | 26/06                  | 27/06                 | 28/06                 |
| <b>Diurno</b><br>07:00<br>19:00  | Nathalia Barreto<br>155355 | Nathalia Barreto<br>155355 | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Cleber Brito<br>166687 | Lucas Peron<br>201072 | Lucas Peron<br>201072 |
| <b>Noturno</b><br>19:00<br>07:00 | Carlos Rocha<br>112846     | Carlos Rocha<br>112846     | Paulo Mesquita<br>155017 | Cleber Brito<br>166687 | Bruna Mello<br>166864  | Lucas Peron<br>201072 | Lucas Peron<br>201072 |

|                                  | Segunda                    | Terça                      | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------|--------|-------|--------|---------|
|                                  | 29/06                      | 30/06                      | 01/07  | 02/07  | 03/07 | 04/07  | 05/07   |
| <b>Diurno</b><br>07:00<br>19:00  | Nathalia Barreto<br>155355 | Nathalia Barreto<br>155355 |        |        |       |        |         |
| <b>Noturno</b><br>19:00<br>07:00 | Carlos Rocha<br>112846     | Carlos Rocha<br>112846     |        |        |       |        |         |

| Nome                             | Identificação | Contato     |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Alejandro Souza                  | 125192        | 17997067979 |
| Bruna Mello                      | 166864        | 44991057454 |
| Carlos Eduardo Mendonça da Rocha | 112846        | 18996053686 |
| Cleber Brito                     | 166687        | 14996815151 |
| Nathalia Barreto                 | 155355        | 18996915767 |
| Paulo Mesquita Filho             | 155017        | 12981420005 |
| Denis Dourado                    | 121711        | 16997574632 |
| Lucas Peron                      | 201072        | 34092601030 |

Convênio nº 0107/2017  
Termo Aditivo nº 001/2020  
Fonte Recurso Estadual  
Secretaria do Estado da Saúde  
UGE: 000196 - Hospital Estadual  
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis  
Tipo de Despesa: Custeio

## Escala UTI Mirandópolis 06 2020.pdf

Código do documento bc8691f5-7652-4d72-b52d-0aba4142f18c

### Assinaturas



ERICO MODENUTI  
contato@wintermed.com.br  
Assinou

Erico Modenuti



Nathalia Especie Barreto Bergamini  
nathalia\_barreto@hotmail.com  
Assinou



carlos eduardo mendonça da rocha  
carlosrocha59@gmail.com  
Assinou

carlos



Cleber Brito  
dr\_brito@hotmail.com  
Assinou



Lucas Antonio Peron  
lucasantonioperon@yahoo.com.br  
Assinou



Alejandro cristian muniz de souza  
cristiandesouza@hotmail.com  
Assinou



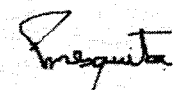
Bruna Raisa Lopes de Mello  
bru1988@hotmail.com  
Assinou



Vanessa alves de lima  
vaallima@yahoo.com.br  
Assinou



PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO  
pfmbfilho@hotmail.com  
Assinou



### Eventos do documento

#### 26 May 2020, 11:36:52

Documento número bc8691f5-7652-4d72-b52d-0aba4142f18c **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE\_ATOM: 2020-05-26T11:36:52-03:00

#### 26 May 2020, 11:39:19

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE\_ATOM: 2020-05-26T11:39:19-03:00

**26 May 2020, 11:39:27**

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 187.92.216.194 (187-92-216-194.customer.tdatabrasil.net.br porta: 47702) - Geolocalização: -22.033031299999998 -47.8839166 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE\_ATOM: 2020-05-26T11:39:27-03:00

**26 May 2020, 13:43:27**

LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 177.103.54.210 (177-103-54-210.dsl.telesp.net.br porta: 17690) - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE\_ATOM: 2020-05-26T13:43:27-03:00

**27 May 2020, 15:38:23**

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr\_brito@hotmail.com - IP: 179.246.208.16 (179-246-208-16.user.vivozap.com.br porta: 3130) - Geolocalização: -21.672380496559573 -49.75547178858509 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE\_ATOM: 2020-05-27T15:38:23-03:00

**28 May 2020, 13:16:03**

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: 5174) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE\_ATOM: 2020-05-28T13:16:03-03:00

**29 May 2020, 06:29:57**

NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia\_barreto@hotmail.com - IP: 177.215.112.139 (177-215-112-139.user.vivozap.com.br porta: 46858) - Geolocalização: -20.886714885495206 -51.38685476847473 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE\_ATOM: 2020-05-29T06:29:57-03:00

**29 May 2020, 09:33:44**

BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com - IP: 177.128.16.3 (maverick.sinet.com.br porta: 22634) - Geolocalização: -22.758221732105728 -51.82469267407241 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE\_ATOM: 2020-05-29T09:33:44-03:00

**31 May 2020, 16:21:31**

VANESSA ALVES DE LIMA **Assinou** (Conta ab8750ea-87db-4eba-8d7e-c0e544739551) - Email: vaallima@yahoo.com.br - IP: 177.78.171.223 (ip-177-78-171-223.user.vivozap.com.br porta: 29536) - Documento de identificação informado: 294.773.748-22 - DATE\_ATOM: 2020-05-31T16:21:31-03:00

**01 Jun 2020, 15:01:23**

PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) - Email: pfmbfilho@hotmail.com - IP: 187.17.164.64 (187.17.164.64 porta: 64854) - Geolocalização: -21.433185818391465 -50.080611117062105 - Documento de identificação informado: 220.571.438-48 - DATE\_ATOM: 2020-06-01T15:01:23-03:00

**10 Jun 2020, 08:04:43**



ALEJANDRO CRISTIAN MUNIZ DE SOUZA **Assinou** (Conta e2c8fee7-965d-4fa8-a70f-52f2b698d27d) - Email: cristiandesouza@hotmail.com - IP: 177.79.104.58 (ip-177-79-104-58.user.vivozap.com.br porta: 14986) - Geolocalização: -28.93311013194696 -49.48581833694519 - Documento de identificação informado: 218.857.208-40 - DATE\_ATOM: 2020-06-10T08:04:43-03:00

Hash do documento original

(SHA256):cc69115290d7a5f76d5d9cd5910f515036e2bd209241bc58c78b04457287444e

(SHA512):cf453ce0e3ac485ba96c2ab49478cf0f7ae5551998b8c496a3f2500038f0e9f091328ecad465ec88c94d3b8db3698d6bd9e5f8c29792348052769f9092b9f2e3

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

**Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign**



## Relatório de Desempenho mês de Março de 2020

Período compreendido: 01/03/2020 a 31/03/2020

Responsável pelo relatório:

Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor ® 

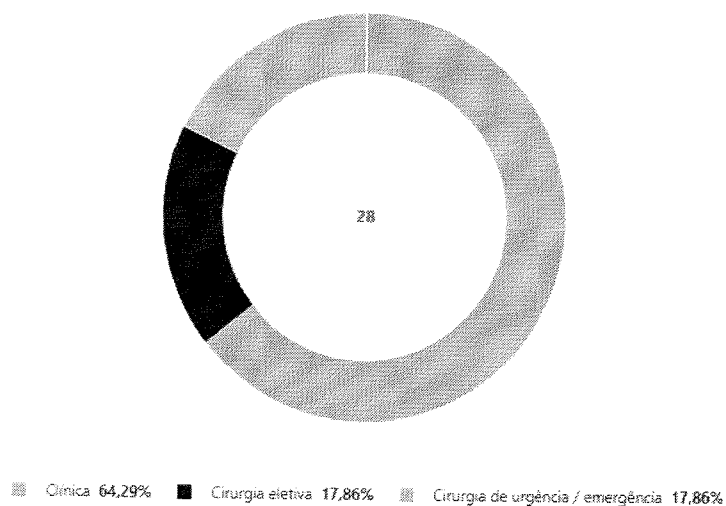
| Indicadores de Interesse da SES                                                       | Metas            | Resultado Obtido |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| Duração média da internação (dias)                                                    | 8 dias           | 7,42 dias        |
| Taxa de ocupação (%)                                                                  | > 90%            | 79,03 %          |
| Reinternação < 24 horas                                                               | 0                | 1                |
| Taxa de evolução de prontuário (%)                                                    | 100%             | 100%             |
| Taxa de Satisfação                                                                    | < 10 reclamações | 0 reclamações    |
| Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)                | 0                | 0                |
| Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)                    | 0,5%             | 0                |
| Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)                           | 17‰              | 0                |
| Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)                | 4,88%            | 0                |
| Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia) | 6,1%             | 0                |

| Definições dos cálculos utilizados nas metas |                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Tempo de Permanência                         | N pacientes-dia / total de saídas                      |
| PAV                                          | (N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000 |
| ITU associado a CVD                          | (N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000      |
| Infecção corrente sanguínea                  | (N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000 |
| Lesão por pressão                            | (N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000 |
| Taxa de ocupação                             | (N de pacientes-dia / N de leitos-dia)                 |
| Índice de queda                              | (N de quedas / total pacientes-dia)x100                |

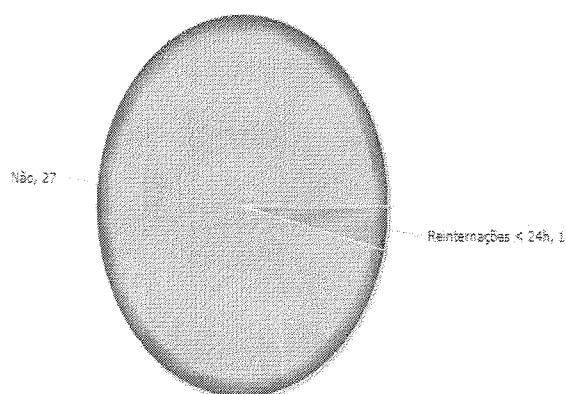
| <b>Indicadores de Interesse da AHBB</b>                                               | <b>Metas</b>     | <b>Resultado Obtido</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|
| Total de Internações no Período (n)                                                   | 30               | 38                      |
| Internações Novas (n)                                                                 | 25               | 28                      |
| Número total de saídas (alta+óbito) (n)                                               | 25               | 33                      |
| Reinternações na unidade < 24hs (n)                                                   | < 1%             | 1                       |
| Número de pacientes-dia (n)                                                           | 150              | 245                     |
| Taxa de ocupação (%)                                                                  | 80%              | 79,03 %                 |
| Duração média da internação (dias)                                                    | 7 dias           | 7,42 dias               |
| Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)                                                    | -                | 48,36                   |
| Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)                             | -                | 25,90 %                 |
| Mortalidade Absoluta (nº óbitos)                                                      | -                | 7                       |
| Mortalidade Observada (%)                                                             | -                | 21,21 %                 |
| SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)                                      | < 0,8            | 0,82                    |
| Taxa de Infecção Hospitalar                                                           | 6%               | 0                       |
| Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)                           | 6‰               | 0                       |
| Taxa de utilização de VM (%)                                                          | -                | 32,13 %                 |
| Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia) | 6,1%             | 0                       |
| Taxa de utilização de cateter central (%)                                             | -                | 36,95 %                 |
| Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)                | 4,88%            | 0                       |
| Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)                    | 0,5%             | 0                       |
| Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)                | 0                | 0                       |
| Taxa de evolução de prontuário (%)                                                    | 100%             | 100%                    |
| Taxa de Satisfação                                                                    | < 10 reclamações | 0                       |

## Gráficos do Mês de Março/2020

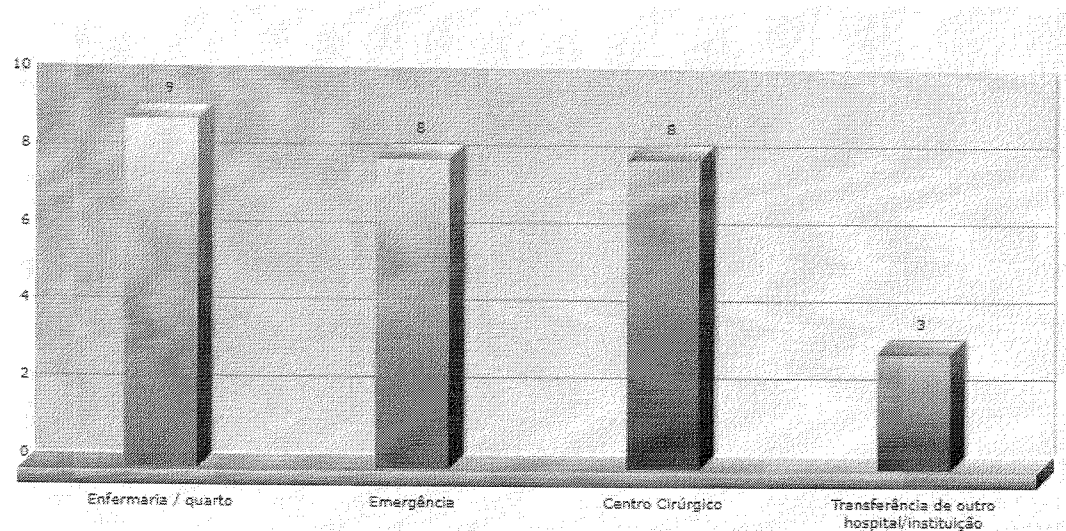
### Tipos e Razões da Internação



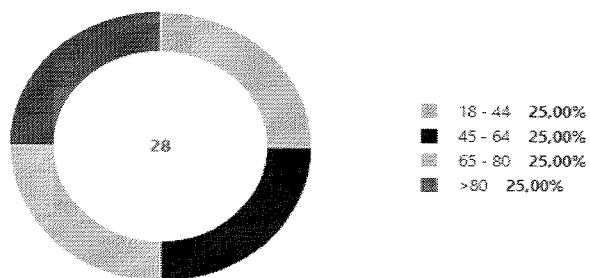
### Reinternações na Unidade



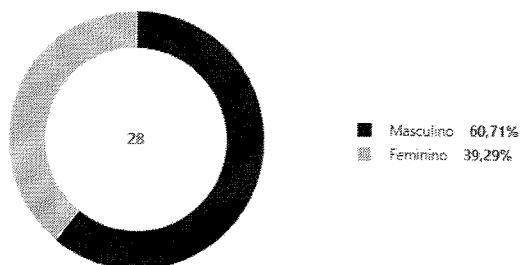
## Origem da Internação



## Idade – Histograma

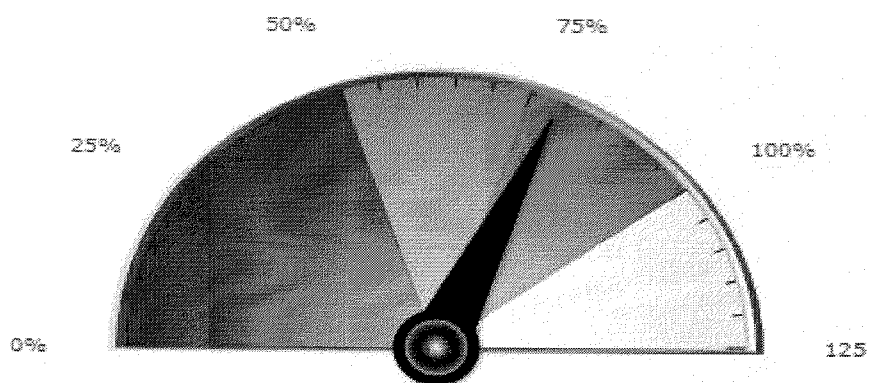


## Sexo

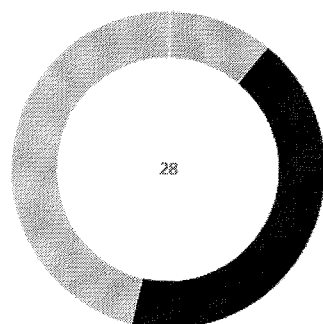


---

## Taxa de Ocupação



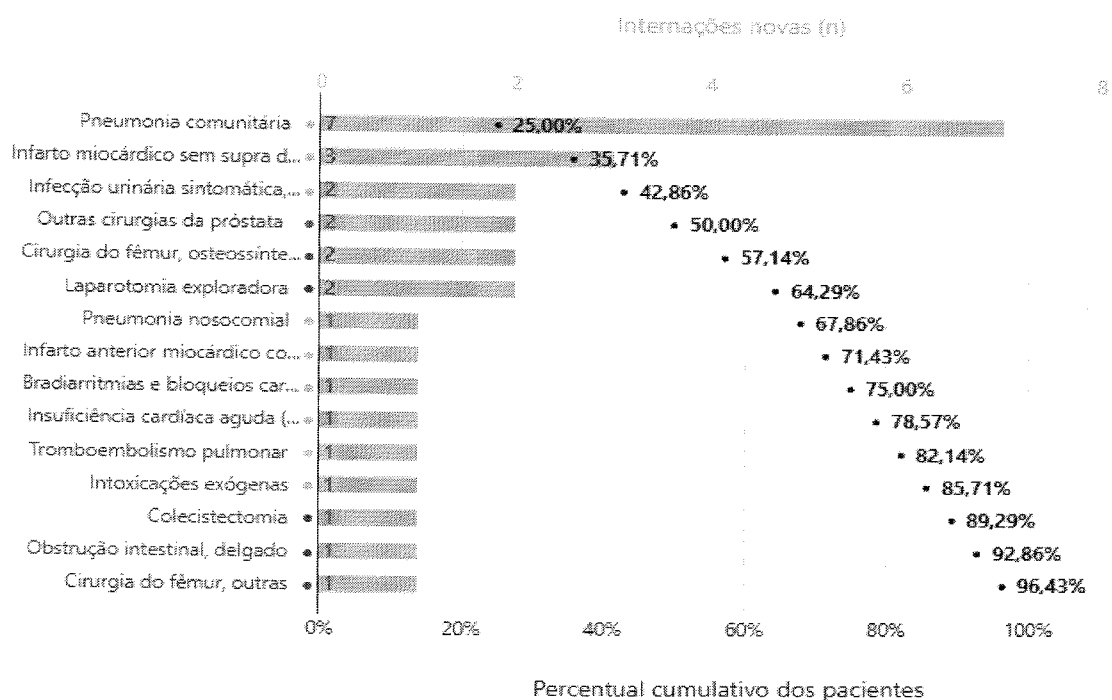
## Gravidade da Internação – Escore Saps 3



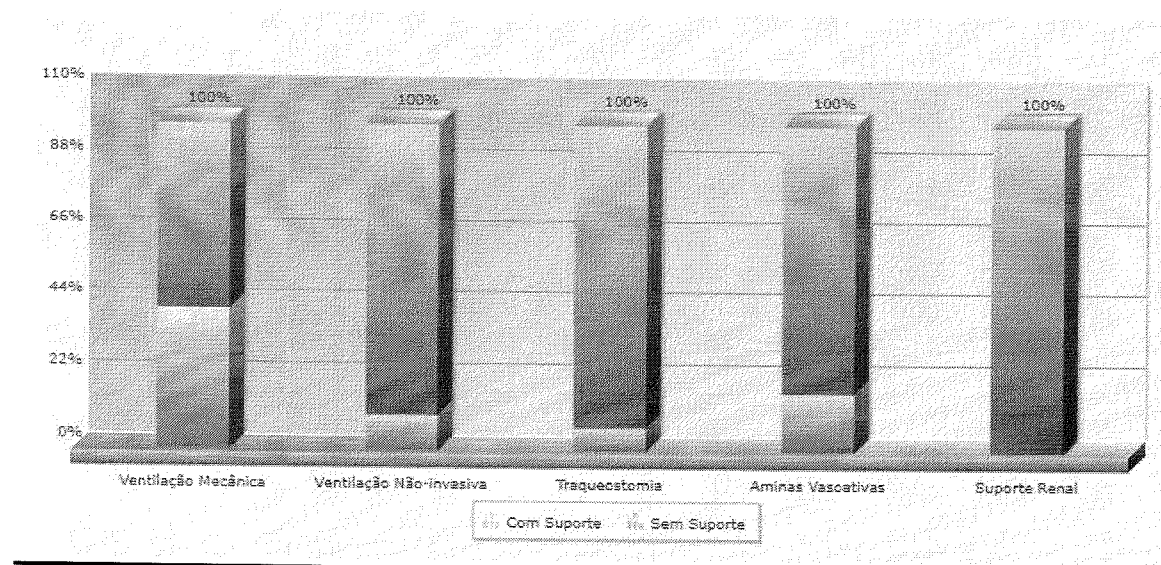
■ Baixo 10,71%  
 ■ Intermediário 42,86%  
 ■ Alto 46,43%

## CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

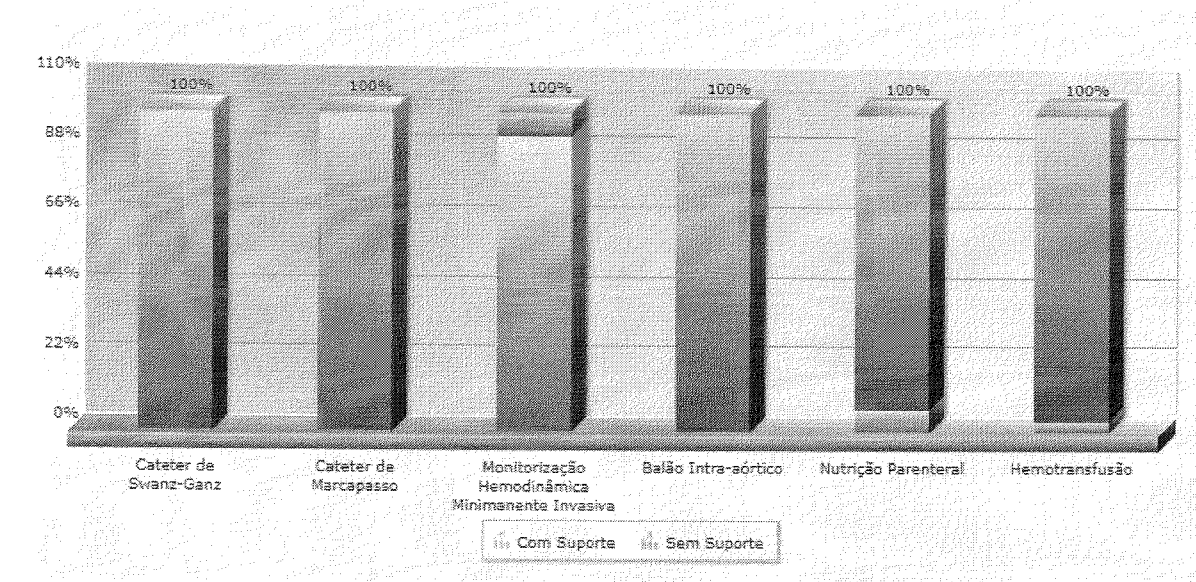
### DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



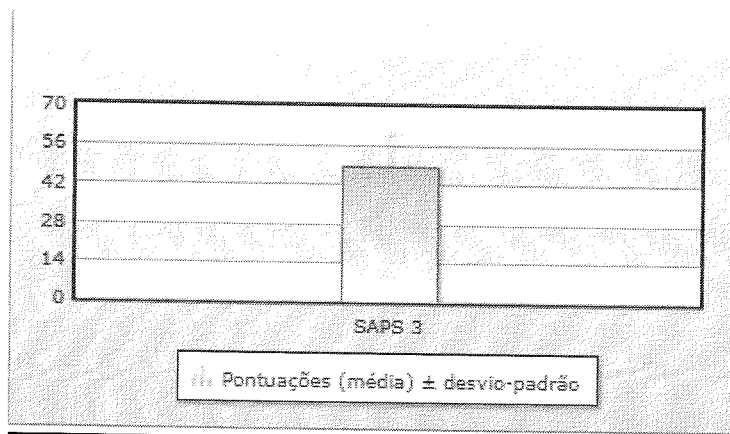
## MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



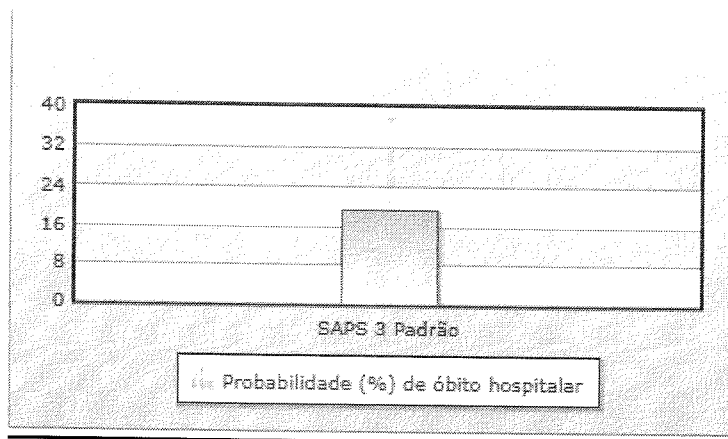
## MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



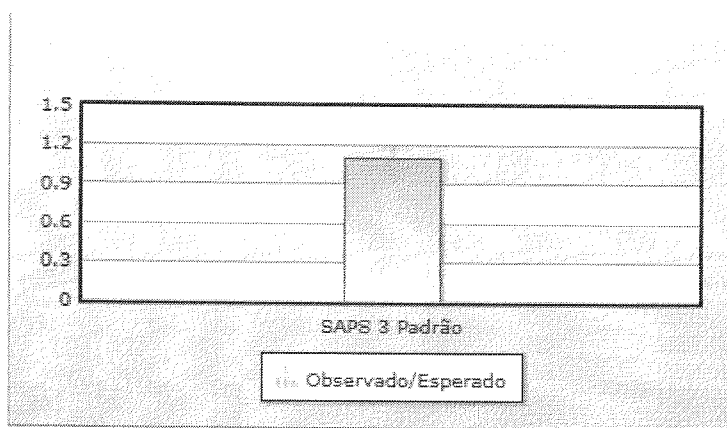
## SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



## SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO



## SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE





## **Considerações sobre a aquisição dos dados**

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



---

Dr André Luis Gomes  
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

## Relatório de Desempenho mês de Abril de 2020

Período compreendido: 01/04/2020 a 30/04/2020

Responsável pelo relatório:

Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor ® 

| Indicadores de Interesse da SES                                                          | Metas            | Resultado Obtido |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| Duração média da internação (dias)                                                       | 8 dias           | 6,50 dias        |
| Taxa de ocupação (%)                                                                     | > 90%            | 52 %             |
| Reinternação < 24 horas                                                                  | 0                | 0                |
| Taxa de evolução de prontuário (%)                                                       | 100%             | 100%             |
| Taxa de Satisfação                                                                       | < 10 reclamações | 0 reclamações    |
| Densidade de incidência de Quedas<br>(nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)                | 0                | 0                |
| Incidência de Úlcera de Pressão<br>(nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)                    | 0,5%             | 12,8%            |
| Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)                              | 17%o             | 0                |
| Densidade de incidência de ITU em SVD<br>(nº de eventos/1000 cateter dia)                | 4,88%            | 0                |
| Densidade de infecção primária da corrente sanguínea<br>(nº de eventos/1000 cateter dia) | 6,1%             | 0                |

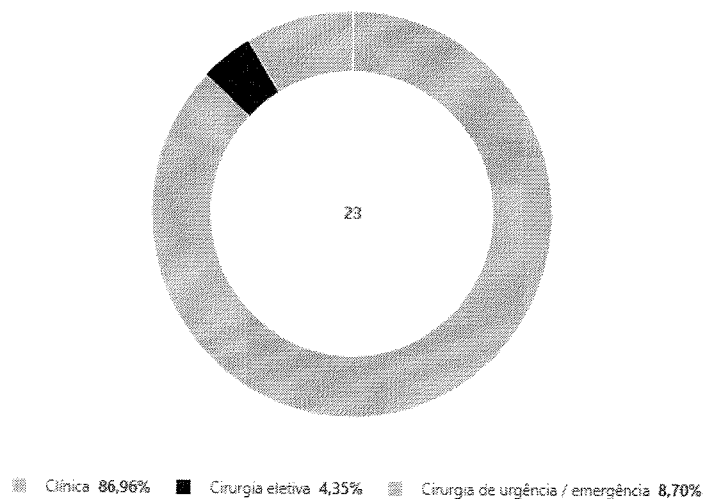
### Definições dos cálculos utilizados nas metas

|                             |                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|
| Tempo de Permanência        | N pacientes-dia / total de saídas                      |
| PAV                         | (N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000 |
| ITU associado a CVD         | (N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000      |
| Infecção corrente sanguínea | (N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000 |
| Lesão por pressão           | (N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000 |
| Taxa de ocupação            | (N de pacientes-dia / N de leitos-dia)                 |
| Índice de queda             | (N de quedas / total pacientes-dia)x100                |

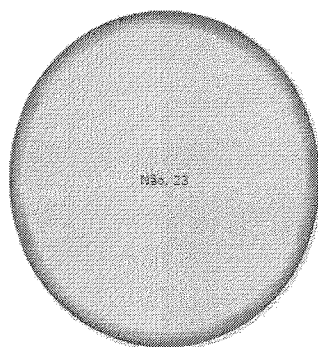
| <b>Indicadores de Interesse da AHBB</b>                                               | <b>Metas</b>     | <b>Resultado Obtido</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------|
| Total de Internações no Período (n)                                                   | 30               | 28                      |
| Internações Novas (n)                                                                 | 25               | 23                      |
| Número total de saídas (alta+óbito) (n)                                               | 25               | 24                      |
| Reinternações na unidade < 24hs (n)                                                   | < 1%             | 0                       |
| Número de pacientes-dia (n)                                                           | 150              | 156                     |
| Taxa de ocupação (%)                                                                  | 80%              | 52 %                    |
| Duração média da internação (dias)                                                    | 7 dias           | 6,50 dias               |
| Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)                                                    | -                | 59,54                   |
| Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)                             | -                | 45,47 %                 |
| Mortalidade Absoluta (nº óbitos)                                                      | -                | 9                       |
| Mortalidade Observada (%)                                                             | -                | 37,50 %                 |
| SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)                                      | < 0,8            | 0,82                    |
| Taxa de Infecção Hospitalar                                                           | 6%               | 0                       |
| Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)                           | 6‰               | 0                       |
| Taxa de utilização de VM (%)                                                          | -                | 44,81 %                 |
| Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia) | 6,1%             | 0                       |
| Taxa de utilização de cateter central (%)                                             | -                | 47,40 %                 |
| Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)                | 4,88%            | 0                       |
| Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)                    | 0,5%             | 12,8%                   |
| Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)                | 0                | 0                       |
| Taxa de evolução de prontuário (%)                                                    | 100%             | 100%                    |
| Taxa de Satisfação                                                                    | < 10 reclamações | 0                       |

## Gráficos do Mês de Abril/2020

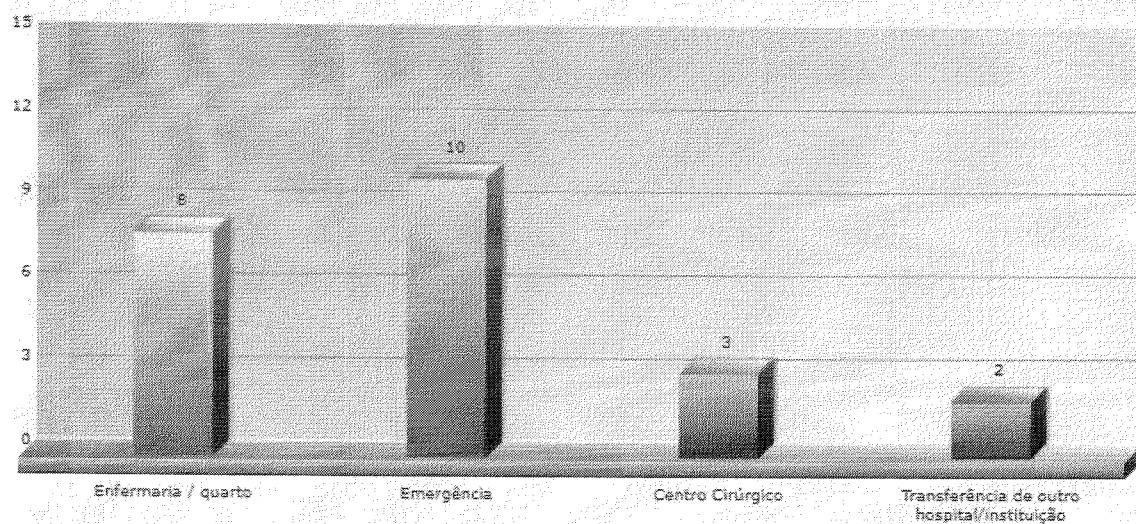
### Tipos e Razões da Internação



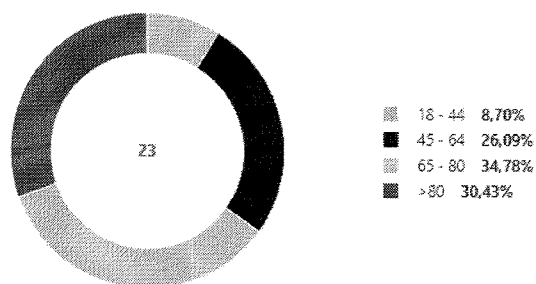
### Reinternações na Unidade



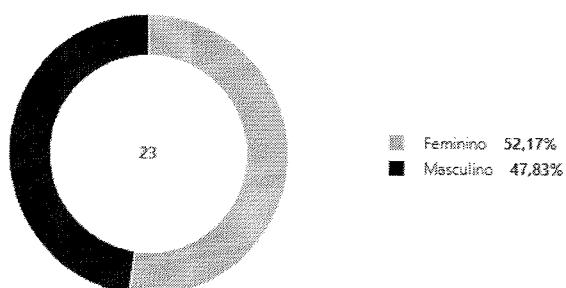
## Origem da Internação



## Idade – Histograma

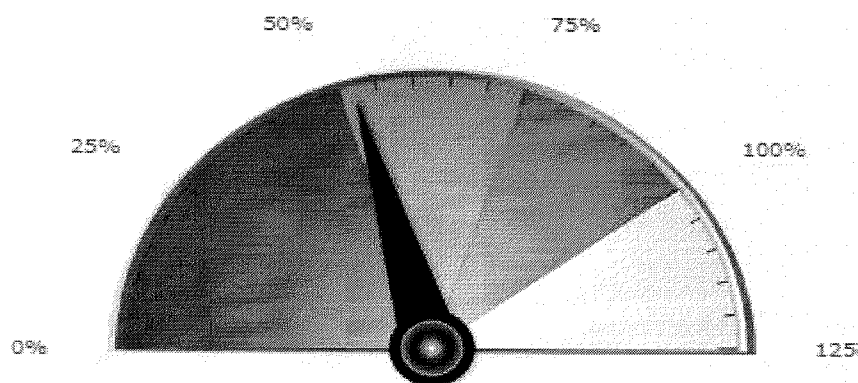


## Sexo

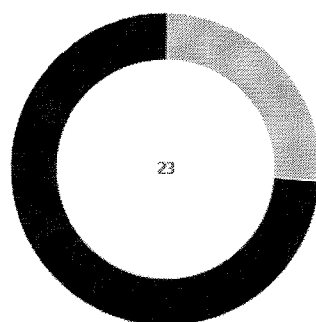


---

## Taxa de Ocupação



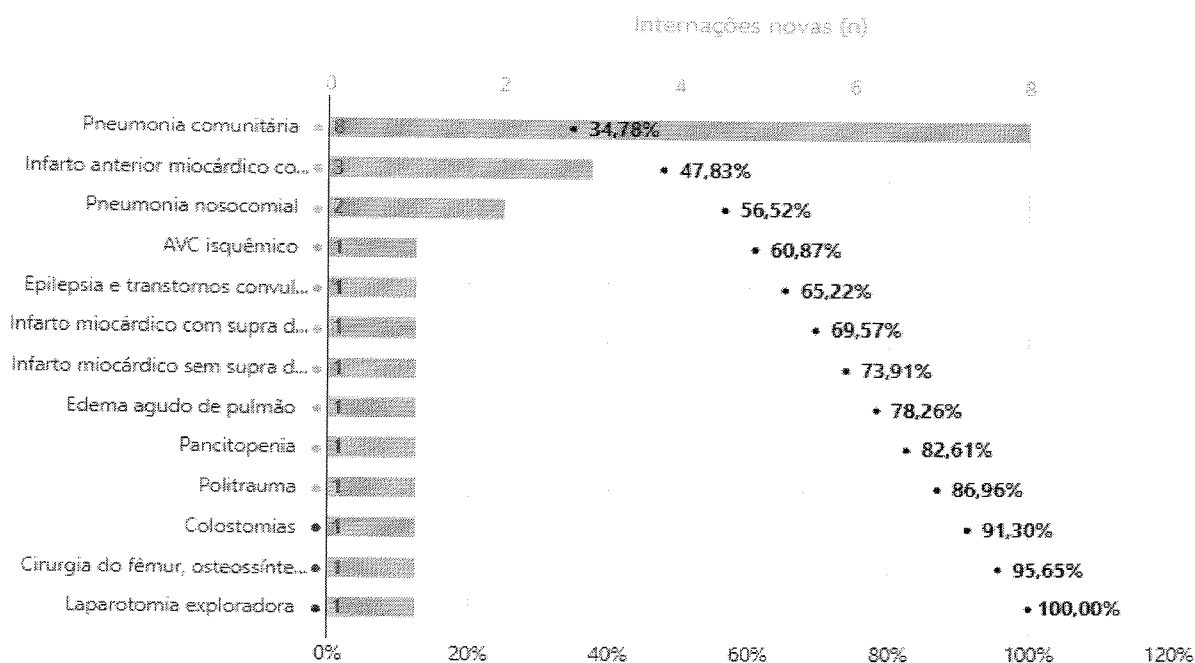
## Gravidade da Internação – Escore Saps 3



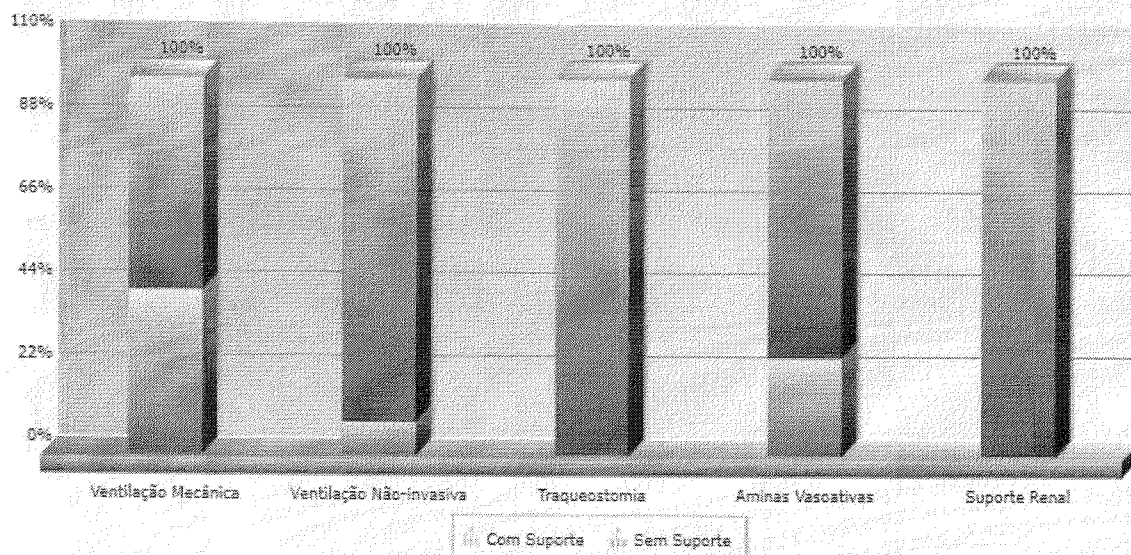
■ Intermediário 26,09%  
■ Alto 73,91%

## CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

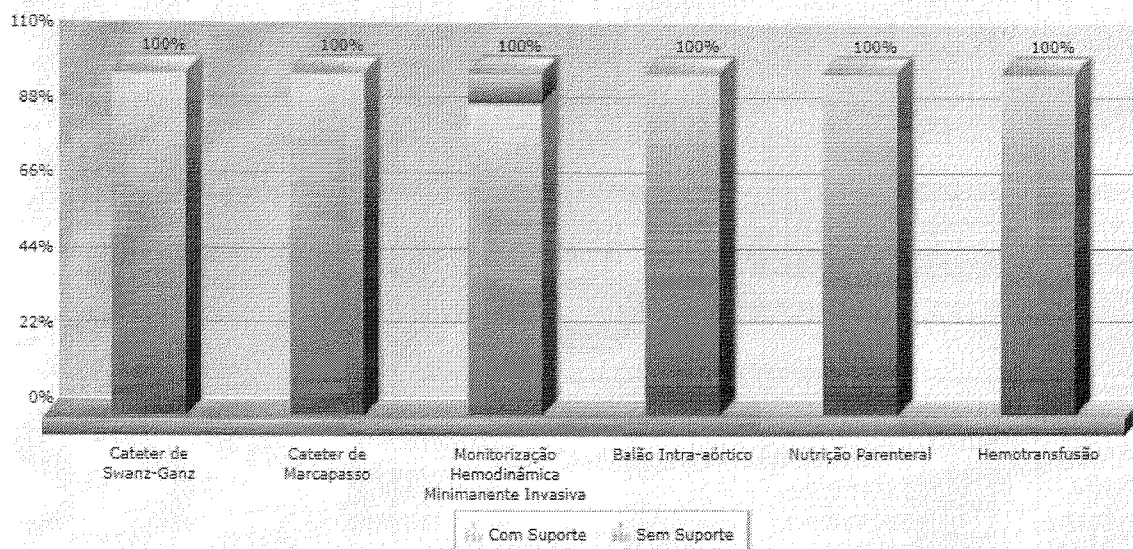
### DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



## MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I

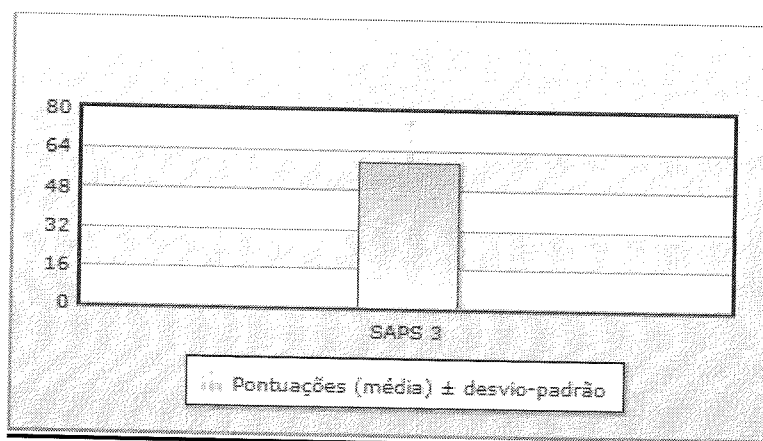


## MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II

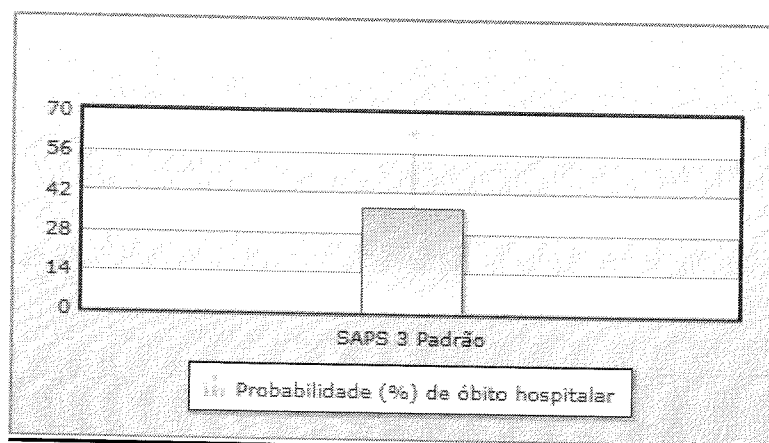




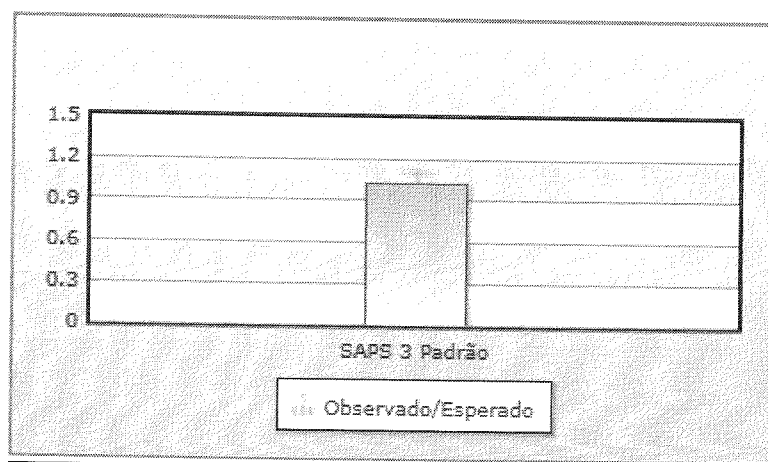
## SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



## SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO



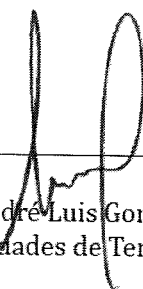
## SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE



## Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



---

Dr André Luis Gomes  
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva