AHBB
GESTÃO EM SAÚDE

Prestação de Contas

Junho
2020

Mirandópolis

Associação Hospitalar Beneficente do Brasil

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



G3333013317926081
30/06/2020 14:49:09

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
29/05/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
02/06/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	61.583,72 C	
				02/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/06/2020		0000	13105	375 Impostos	60.201	6.248,92 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
02/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.202	6.057,00 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.203	8.683,90 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
02/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.204	920,40 D	
				BANCO SOFISA S/A			
02/06/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.205	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
04/06/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	66.718,14 C	
				04/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
04/06/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	35.002	63.490,21 D	
04/06/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	35.003	3.187,78 D	
04/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.401	40,15 D	0,00 C
				F B BABETO ME			
05/06/2020		0000	14138	632 Ordem Banc?ria	202.006.040.027.491	355.226,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
05/06/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	350.506,50 D	
				05/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
05/06/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.501	1.718,56 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
05/06/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.502	1.478,01 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
05/06/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.503	1.522,93 D	0,00 C
				237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
08/06/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	46.284,08 C	
				08/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
08/06/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	60.801	28.000,00 D	
				077 0001 033433450000127 KATAOKA E PER			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.802	2.669,70 D	
				UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.803	1.725,37 D	
				BANCO SOFISA S/A			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.804	753,07 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.805	2.248,53 D	
				BANCO SOFISA S/A			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.806	3.551,75 D	
				BANCO SOFISA S/A			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.807	850,93 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.808	3.960,00 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.809	974,73 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/06/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	60.810	1.550,00 D	0,00 C
				BANCO SOFISA S/A			

10/06/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231		663,85 C	
		10/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
10/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.001	663,85 D	0,00 C
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
15/06/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231		36.225,26 C	
		15/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.501	2.161,68 D	
		BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.502	9.500,00 D	
		ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.503	70,00 D	
		RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.504	1.647,55 D	
		LABORATORIO SAO PAULO				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.505	680,00 D	
		BIOMEDICAL				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.506	2.568,75 D	
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.507	1.063,43 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.508	1.224,25 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.509	1.966,90 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.510	380,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.511	3.107,71 D	
		BANCO SOFISA S/A				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.512	1.109,69 D	
		BANCO SOFISA S/A				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.513	2.400,00 D	
		BANCO SOFISA S/A				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.514	2.006,25 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.515	407,50 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.516	62,80 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
15/06/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		61.517	2.100,00 D	
		033 0011 018188137000187 MARIA DAS NEV				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.518	1.200,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
15/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		61.519	2.568,75 D	0,00 C
		SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO				
18/06/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231		8.820,98 C	
		18/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
18/06/2020	0000	13105 196 INSS Arrecada??o		61.801	1.446,77 D	
		GPS- Ident.: 45349461000889 - 05/2020				
18/06/2020	0000	13105 375 Impostos		61.802	675,43 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
18/06/2020	0000	13105 375 Impostos		61.803	5.064,93 D	
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
18/06/2020	0000	13105 375 Impostos		61.804	1.633,85 D	0,00 C
		RFB- DARF PRETO CALCULADO				
22/06/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231		108.658,91 C	
		22/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
22/06/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.058.000.059.599		934,00 D	
		22/06 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C				
22/06/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.448.000.007.505		153,00 D	
		22/06 0448 7505-1 BANZAY TELEC I				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.201	179,90 D	
		F B BABETO ME				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.202	1.123,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.203	40,00 D	

		F B BABETO ME				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.204	300,00 D	
		DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.205	2.669,70 D	
		UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.206	500,73 D	
		COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.207	926,46 D	
		BANCO SOFISA S/A				
22/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.208	1.037,22 D	
		BANCO SOFISA S/A				
22/06/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		62.209	100.794,90 D	0,00 C
		341 0049 026392666000126 WINTER - GEST				
29/06/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231		2.804,44 C	
		29/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
29/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.901	275,34 D	
		CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA				
29/06/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto		62.902	1.276,00 D	
		HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME				
29/06/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv		62.903	970,10 D	
		237 0258 002045036000117 VERA LUCIA AL				
29/06/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	831.810.900.242.585		60,00 D	
		Cobrança referente a 25/06/2020				
29/06/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	831.810.901.794.835		70,00 D	
		Cobrança referente a 25/06/2020				
29/06/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os	881.810.905.163.124		153,00 D	0,00 C
		Cobrança referente a 25/06/2020				
30/06/2020	3062	03062 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231		477.317,08 C	
		30/06 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B				
30/06/2020	0000	00000 999 S A L D O				477.317,08 C

Saldo	477.317,08 C
Juros	0,00
Data de Debito de Juros	30/06/2020
IOF	0,00
Data de Debito de IOF	01/07/2020

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

Emissão de comprovantes

G3380511411045291
05/07/2020 15:39:15

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.09
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARRECADACAO GRF	
Codigo de Barras	85870000062-6	48920179200-9
	60363905384-2	53494610008-6
Data do pagamento		02/06/2020
CNPJ/CEI/CPF		45349461/0008-89
COMPETENCIA		03/2020
CODIGO RECOLHIMENTO		115
VENCIMENTO		03/06/2020
VALOR DEPOSITO		6.248,92
Valor Total		6.248,92

DOCUMENTO: 060201
AUTENTICACAO SISBB: A.BC3.51D.6BD.A6E.D7A

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

Mina

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 01/06/2020 - 20:48:50

01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	78.111,61	38	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017983-3	45.349.461/0008-89	03/2020	03/06/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
6.248,92	0,00	6.248,92

VALOR FGTS A RECOLHER EM 03/06/2020

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 01/06/2020 - 20:48:50

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

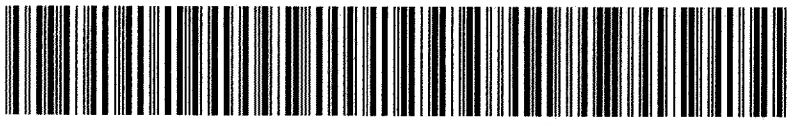
01-RAZÃO SOCIAL/NOME				02-DDD/TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				(0011)39056104
03-FPAS	04-SIMPLES	05-REMUNERAÇÃO	06-QTDE TRABALHADORES	07-ALÍQUOTA FGTS
639	1	78.111,61	38	8
08-CÓD RECOLHIMENTO	09-ID RECOLHIMENTO	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8)	11-COMPETÊNCIA	12-DATA DE VALIDADE
115	017983-3	45.349.461/0008-89	03/2020	03/06/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL	14-ENCARGOS	15-TOTAL A RECOLHER
6.248,92	0,00	6.248,92

VALOR FGTS A RECOLHER EM 03/06/2020

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



02106 1
211

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

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR / REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI / BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO / CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO / DEPÓSITO		CBO / JAM
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		29/03/2020	P3	03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			148,06		0,37
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		30/03/2020	Z5	03222
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		28/02/2020	P3	02235
3.128,09	0,00	0,00	296,99			250,25		0,62
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		02/03/2020	Z5	02235
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		29/03/2020	P3	02235
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01		16/02/2020	Q1	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54		0,32
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01		03/03/2020	P3	03222
1.891,33	0,00	0,00	154,53			151,31		0,38
ALCIONE BOGAZ		128.78920.15-7	16/01/2018	01		04/03/2020	Z5	03222
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		01/03/2020	P3	02234
3.257,41	0,00	0,00	314,97			260,60		0,65
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		02/03/2020	Z5	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		12/03/2020	P3	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		13/03/2020	Z5	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		18/03/2020	P3	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		28/03/2020	Z5	02234
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		13/01/2020	Q1	03222
1.863,77	0,00	0,00	152,05			149,11		0,37

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

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL		BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL						
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		29/02/2020	P3	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54		0,32
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		01/03/2020	Z5	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		02/03/2020	P3	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO		132.60974.45-7	04/10/2017	01		03/03/2020	Z5	03222
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3	04/10/2017	01		16/02/2020	Q1	02235
2.959,59	0,00	0,00	276,77			236,76		0,58
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		01/03/2020	P3	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53		0,31
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		02/03/2020	Z5	03222
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		02/03/2020	P3	03222
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01		05/03/2020	Z5	03222
EDILENE MANOEL		209.15153.56-9	04/10/2017	01		13/03/2020	P3	03222
1.624,57	0,00	0,00	130,53			129,96		0,32
EDILENE MANOEL		209.15153.56-9	04/10/2017	01		14/03/2020	Z5	03222

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

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

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL		BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL						
VIVIANE LIE YOKOYAMA		125.93226.14-7	04/10/2017	01		08/03/2020	I1	02236
1.549,16	509,57	509,57	161,95			0,00		0,00
WILLIAN SOUZA SALADINI		158.61320.19-9	02/05/2018	01		08/03/2020	I1	02236
1.097,64	494,44	494,44	120,18			0,00		0,00
LUIS FERNANDO BETONI		204.92499.89-0	04/10/2017	01		08/03/2020	I1	02236
1.299,36	471,20	471,20	136,60			0,00		0,00
JOSIANE DOS SANTOS PEREIRA		206.75977.19-8	12/06/2018	01		08/03/2020	I1	02236
1.020,14	468,72	468,72	111,66			0,00		0,00
NAIRA LARISSA GUIMARAES FELIPE		236.44631.30-8	04/10/2017	01		08/03/2020	I1	02236
1.320,87	468,18	468,18	138,30			0,00		0,00

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

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

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	133.59258.89-3	04/10/2017	01			02235
3.230,53 / 0,00	0,00	311,20			258,45	0,64
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	180.90148.36-6	04/10/2017	01			03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			128,53	0,31
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	125.41159.51-1	04/10/2017	01			03222
2.486,09 / 0,00	0,00	219,95			198,89	0,50
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	160.99087.56-8	23/07/2018	01			03222
1.850,67 / 0,00	0,00	150,88			148,05	0,36
BIANCA CAETANO COSTA	128.98626.17-3	17/01/2018	01			02235
2.757,41 / 0,00	0,00	252,51			220,60	0,55
BRUNA BERALDO FERRANTE	209.83236.77-6	20/12/2019	01			02235
2.942,75 / 0,00	0,00	274,75			235,42	0,58
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	125.02011.74-6	03/05/2019	01			03222
1.830,36 / 0,00	0,00	149,05			146,43	0,37
DEBORA CRISTINA LOCHE	203.38786.55-9	04/10/2017	01			04110
1.608,46 / 0,00	0,00	129,08			128,67	0,31
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ	204.40341.55-2	04/10/2017	01			03222
1.850,67 / 0,00	0,00	150,88			148,05	0,36
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	124.85513.93-9	04/10/2017	01			03222
1.850,67 / 0,00	0,00	150,88			148,06	0,37
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	126.22542.14-5	04/10/2017	01			03222
2.181,97 / 0,00	0,00	183,46			174,56	0,44
ELIANA CRISTINA RODRIGUES	209.15162.89-4	19/02/2020	01			03222
1.606,95 / 0,00	0,00	128,94			128,55	0,31
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	207.86720.36-5	04/10/2017	01			04110
1.452,48 / 0,00	0,00	115,04			116,19	0,28
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	169.20547.00-8	04/10/2017	01			04110
1.896,65 / 0,00	0,00	155,01			151,73	0,37
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			128,53	0,31

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

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

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR / REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI / BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO / CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO / DEPÓSITO	CBO / JAM
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS		163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
1.810,01	0,00	0,00	147,22			144,80	0,35
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		203.30629.68-3	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53	0,31
MARCIA MAIARA POSSENTI		204.89256.27-3	04/10/2017	01			04110
1.451,33	0,00	0,00	114,93			116,10	0,28
NATALIA PAZINATO DA SILVA		204.97661.73-4	25/01/2019	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53	0,31
PATRICIA ADRIANA FERREIRA		190.47976.86-2	04/10/2017	01			03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			149,68	0,36
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		236.45761.69-8	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53	0,31
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA		127.24425.16-4	04/10/2017	01			02235
2.837,38	0,00	0,00	262,11			227,00	0,56
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		126.82653.15-6	04/10/2017	01			04110
1.643,12	0,00	0,00	132,20			131,45	0,33
RICARDO DE CARVALHO		125.51156.27-2	04/10/2017	01			03222
1.839,57	0,00	0,00	149,88			147,17	0,37
SONIA DOS SANTOS ROCHA		116.26217.35-6	17/09/2019	01			03222
1.850,96	0,00	0,00	150,90			148,08	0,37
SONIA MARIA RIZZO		120.98824.43-4	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54	0,32
THAIS BOARETO DA SILVA		134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
4.620,04	0,00	0,00	505,73			369,61	0,92
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ		190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
1.606,72	0,00	0,00	128,92			128,53	0,31
TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR							
84.398,78	2.412,11	2.412,11	7.421,92			6.248,92	15,40

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

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

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: PoWH2qwb5vJ0000-3 Nº ARQUIVO: LeWyrd78uXS0000-3
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

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

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	43	78.111,61	0,00	84.398,78	2.412,11
TOTAIS:	43	78.111,61	0,00	84.398,78	2.412,11

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

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

858700000626 489201792009 603639053842 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — Nº DE CONTROLE: PoWH2qwb5vJ0000-3 — Nº ARQUIVO: LeWyrd78uXS0000-3
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

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

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

	FGTS - 8%(TX 3%)
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	78.111,61
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	0,00
QUANTIDADE TRABALHADORES	38

VALORES DO FGTS
DATA DE RECOLHIMENTO 03/06/2020

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
6.248,92	0,00	0,00	0,00	6.248,92

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO - MTE
GFIP - SEFIP 8.40 (29/03/2020) TABELAS 41.0 (01/03/2020)

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 01/06/2020
HORA: 20:48:50
PÁG : 0008/0008

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — Nº DE CONTROLE: PoWH2qwb5vJ0000-3 — Nº ARQUIVO: LeWyrd78uXS0000-3
COMP: 03/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89 — FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: — INSCRIÇÃO:

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

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	991.85	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	7.421.92
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	6.430.07	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: — PERÍODO FINAL: — VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 — VALOR A COMPENSAR: 0.00 — VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

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

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	20 ANOS:	25 ANOS:
0.00	4.620.04	0.00
QUANTIDADE: 0	QUANTIDADE: 1	QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	5	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	0	K :	0	L :	0
M :	0	N1:	0	N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0
P2:	0	P3:	12	Q1:	3	Q2:	0	Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0
Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0	U3:	0	V3:	0
W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	11

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:09
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090321179237293781658220009182740000605700
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	60.202
DATA DE VENCIMENTO	02/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	02/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	6.057,00
VALOR COBRADO	6.057,00

NR.AUTENTICACAO 2.334.51F.6CE.367.BD3

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 883573 Série C1, emitido em 28/04/2020

20200512u47866934000174

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
18999018	**29/04/2020 00:33:34**	**2TCG-BTVE**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**
Nome/Razão Social: **TICKET SERVIÇOS S.A**
Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: ----
Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **dp@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

```
TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 39 R$6.053,10
Tarifa de Gestao de Cobranca R$3,90
Ped.:22251800 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,44
Data de Vencimento: 02/06/2020
VALOR TOTAL: R$6.057,00
```

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R$ 3,90

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

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

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 883573 Série C1, emitido em 28/04/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/05/2020;

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

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
883573-ND	28/04/2020

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 39 R$6.053,10
Ped.:22251800 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R$ 6.053,10

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
883573-ND	R$ 6.053,10	02/06/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 883573 de 28/04/2020.

Ticket® uma marca Edenred

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 629120 **Realizado em:** 28/04/2020

Valor (R$): 6.053,10 **Método Pagamento:** Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Alimentação Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE **Valor dos Benefícios (R$):** 6.053,10

Data de Crédito: **Quantidade de Beneficiários:** 38

Data de Entrega: 01/05/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ		R$ 150,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA A S FARI		R$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN		R$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA		R$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA		R$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA		R$ 150,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA		R$ 150,00
368.501.738-12	368501738 12	BRUNA BERALDO FERRANTE		R$ 150,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ		R$ 150,00
295.136.688-43	2126	CRISTIANE P VENDRAME		R$ 300,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA		R$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISBOA		R$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		R$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL		R$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES		R$ 150,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES		R$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO		R$ 150,00
379.629.418-98	2127	ISADORA M CASTRO SANTOS		R$ 150,00

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

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

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 6.053,10

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 38

Data de Entrega: 01/05/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA		R$ 150,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA		R$ 150,00
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA		R$ 150,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA		R$ 150,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR		R$ 150,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS		R$ 150,00
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		R$ 150,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI		R$ 150,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI		R$ 150,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA		R$ 150,00
394.946.148-52	2154	NATALIA X N OLIVEIRA		R$ 150,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA		R$ 150,00
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA		R$ 150,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S LEITE ALMEIDA		R$ 150,00
259.782.788-73	2128	REGINA L PARRO R DE SOUSA		R$ 150,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO		R$ 150,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA		R$ 150,00
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO		R$ 150,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA		R$ 353,10
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C		R$ 150,00

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE			01/05/2020	38	R$ 6.053,10

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

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

	TOTAL BENEFÍCIOS	38	R$ 6.053,10

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
Tarifa de Administracao de Servicos	R$ 0,00	1	R$ 0,00
	TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		R$ 0,00

RESUMO DO PRODUTO	SUB TOTAL
Total de Benefícios	R$ 6.053,10
Taxas	R$ 0,00
TOTAL	R$ 6.053,10

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

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:09
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090321189053293781658220009182740000868390
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	60.203
DATA DE VENCIMENTO	02/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	02/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	8.683,90
VALOR COBRADO	8.683,90

NR.AUTENTICACAO 7.ADD.35F.60A.384.D6F

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 884660 Série C1, emitido em 28/04/2020

20200512u4786693400017 4

Número da Nota	Data e Hora de Emissão	Código de Verificação
18998706	**29/04/2020 00:32:01**	**7E51-6QC9**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: **47.866.934/0001-74** Inscrição Municipal: **5.987.120-2**
Nome/Razão Social: **TICKET SERVIÇOS S.A**
Endereço: **AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070**
Município: **São Paulo** UF: **SP**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: **ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL**
CPF/CNPJ: **45.349.461/0001-02** Inscrição Municipal: ----
Endereço: **AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400**
Município: **Lins** UF: **SP** E-mail: **dp@ahbb.org.br**

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

```
TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 35 R$8.680,00
GESTAO DE COBRANCA R$3,90
Ped.:22251910 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R$ 0,44
Data de Vencimento: 02/06/2020
VALOR TOTAL: R$8.683,90
```

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 884660 Série C1, emitido em 28/04/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/05/2020;

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

NOTA DE DÉBITO

Número	Data de Emissão
884660-ND	28/04/2020

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 59871202

Nome/Razão Social: TICKET SERVICOS S/A

Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815, ANDAR 4 6 e 7 TORRE II - PINHEIROS - CEP:

Município: SAO PAULO UF: SP

CLIENTE

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

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL

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

Município: LINS UF: SP

DISCRIMINAÇÃO

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 35 R$8.680,00
Ped.:22251910 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R$ 8.680,00

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº	VALOR DE NOTA DE DÉBITO	FORMA DE PAGAMENTO
884660-ND	R$ 8.680,00	02/06/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 884660 de 28/04/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 631827 **Realizado em:** 28/04/2020

Valor (R$): 8.680,00 **Método Pagamento:** Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE **Valor dos Benefícios (R$):** 8.680,00

Data de Crédito: **Quantidade de Beneficiários:** 35

Data de Entrega: 01/05/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ					R$ 245,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA A S FARI					R$ 227,50
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN					R$ 245,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA					R$ 227,50
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA					R$ 227,50
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA					R$ 245,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA					R$ 227,50
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE					R$ 227,50
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA					R$ 245,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISBOA					R$ 227,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA					R$ 227,50
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL					R$ 245,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES					R$ 227,50
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES					R$ 227,50
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO					R$ 227,50
379.629.418-98	2127	ISADORA M CASTRO SANTO					R$ 262,50
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA					R$ 245,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA					R$ 245,00

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

Ticket®. Benefícios que multiplicam.

Ticket® uma marca Edenred

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R$): 8.680,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 35

Data de Entrega: 01/05/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA					R$ 245,00
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA					R$ 350,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR					R$ 245,00
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS					R$ 227,50
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO					R$ 245,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI					R$ 350,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI					R$ 245,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA					R$ 245,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA					R$ 227,50
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA					R$ 245,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S LEITE ALMEIDA					R$ 245,00
259.782.788-73	2128	REGINA L P RODRIGUES DE					R$ 262,50
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO					R$ 245,00
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA					R$ 227,50
101.480.718-21	2159	SONIA MARIA RIZZO					R$ 227,50
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA					R$ 367,50
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C					R$ 227,50

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE			01/05/2020	35	R$ 8.680,00
			TOTAL BENEFÍCIOS	35	R$ 8.680,00

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
Tarifa de Administracao de Servicos	R$ 0,00	1	R$ 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

TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO	R$ 0,00
RESUMO DO PRODUTO	**SUB TOTAL**
Total de Benefícios	R$ 8.680,00
Taxas	R$ 0,00
TOTAL	**R$ 8.680,00**

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

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:09
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000090682268401047182740000092040
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	60.204
DATA DE VENCIMENTO	02/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	02/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	920,40
VALOR COBRADO	920,40

NR.AUTENTICACAO 1.925.B20.BFA.3E1.22A

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

SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA 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 435163
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3120 0511 2060 9900 0107 5500 1000 4351 6310 0059 8590

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda a nao contribuinte	131203663665580 05/05/2020 18:56:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	05/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	05 MAI 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 02/06/2020 920,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
920,40	49,60	0,00	0,00	920,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	920,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA			4,95	4,95

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
OK 28606	CATETER P/OXIG.TIPO OCULOS C/06-BIOSANI LT 46698 (4)02/23 (Fornecedor: 7824, Lote: 46698, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2023)	90183929	000	6108	PCT	4	3,8600	15,44	15,44	1,85		12,00	
OK 6104	SONDA URETRAL N.14 C/10-MARK MED LT 15062 (1)04/24 (Fornecedor: 164, Lote: 15062, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2024)	90183929	000	6108	PCT	1	5,1500	5,15	5,15	0,62		12,00	
OK 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	13,2225	52,89	52,89	2,12		4,00	
22994	C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/10 CX.250-EUROPA LT 34611 (1)12/24 (Fornecedor: 4, Lote: 34611, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/01/2020, Data Val: 11/12/2024)	30059090	000	6108	CX	1	95,5400	95,54	95,54	11,46		12,00	
OK 22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/50-TALGE LT TMTW046 (4)10/24 (Fornecedor: 1, Lote: TMTW046, Qtde: 4 ,Data Fab: 12/02/2020, Data Val: 30/10/2024)	63079010	200	6108	PCT	4	176,9375	707,75	707,75	28,31		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017# R 15 B 1...
ITENS 3,5 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 116,07
Pedido: 403477
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,06

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07 / 05 / 2020
ASS.

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

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

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 435163
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3120 0511 2060 9900 0107 5500 1000 4351 6310 0059 8590

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203663665580 05/05/2020 18:56:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1284N4 (6)03/-25 (Fornecedor: 7737, Lote: 1284N4, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 30/03/-2025)	90183219	400	6108	CX	6	7,2717	43,63	43,63	5,24		12,00	

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.09
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: 02/06/2020

==========

DOCUMENTO: 060205
AUTENTICACAO SISBB: E.35F.19C.2C2.964.081

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

Mina

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20200601u34298678000114

Número da Nota	00000085
Data e Hora de Emissão	01/06/2020 15:58:24
Código de Verificação	ILWA-99V9

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: 05/2020
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
-	-	-

OUTRAS INFORMAÇÕES

(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;

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

02/06/
21

J: 45.349.461/0008-89
ulo: Folha Mensal
ıpetência: 05/2020

Emissão: 03/06/2020
Horas: 21:13:47

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.718,29
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.904,53
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	2.813,20
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.477,79
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.717,18
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.699,79
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.474,05
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.520,18
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	627,60
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.477,79
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR/	218.471.208-65	1.717,34
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	63,08
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB(	322.986.678-96	1.681,29
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.718,29
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.477,79
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.477,79
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	294.873.608-08	1.478,01
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SA	353.336.248-52	1.481,58
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.496,29
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SAN	379.629.418-98	1.305,90
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.305,90
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.644,29
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.477,79
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.878,78
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERI	427.001.668-09	1.477,79
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.644,29
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.477,79
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.336,40
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	1.522,93
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.477,79
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	2.624,41
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.718,29
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.477,79
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEII	298.440.178-66	2.459,83
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.432,07
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.718,29
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.718,56
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	3.992,66
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.496,30

Empregados: 39 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total da Empresa: 68.209,71

MIRANDOPOLIS, 03/06/2020 Responsável: _____

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

PJ: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
mpetência: 05/2020

Emissão: 03/06/2020
Horas: 21:08:56

pregados

EXTRATO MENSAL

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

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

1 Proventos: 1.871,00 Descontos: 152,71 Informativa: 149,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.718,29
1 Base INSS: 1.871,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,00 Valor FGTS: 149,68 Base IRRF: 1.528,70

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,69	317,00 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	50,38 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,04	514,50 P				

2 Proventos: 3.271,91 Descontos: 367,38 Informativa: 261,75 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.904,53
1 Base INSS: 3.271,91 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.271,91 Valor FGTS: 261,75 Base IRRF: 2.575,73

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,59	306,79 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	79,04 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,31	441,62 P				

0 Proventos: 3.199,03 Descontos: 385,83 Informativa: 255,92 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.813,20
0 Base INSS: 3.199,03 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 3.199,03 Valor FGTS: 255,92 Base IRRF: 2.892,24

---

or.: 2122 ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA — Situação: Trabalhando — CPF: 214.220.888-63 — PIS: 180.90148.36-6
go: 71 TEC. ENFERMAGEM — Vínculo: Celetista — Adm: 04/10/2017 — CTPS/Série: 083050/00154
900 — Depto: 600 — Filial: 1 — Salário: 1.397,71

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

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

---

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

8781	DIAS NORMAIS	20,00	931,81 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,60 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	10,00	465,90 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	69,67 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,52	263,07 P				

0 Proventos: 1.869,78 Descontos: 152,60 Informativa: 149,58 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.717,18
0 Base INSS: 1.869,78 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.869,78 Valor FGTS: 149,58 Base IRRF: 1.717,18
nça período igual ou inferior a 15 dias: 19/05/2020 a 28/05/2020

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

pregados

EXTRATO MENSAL

ɔr.: 2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA Situação: Trabalhando CPF: 014.000.604-43 PIS: 160.99087.56-8
ɔo: 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	29,00	1.351,12 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

3 Proventos: 1.850,67 Descontos: 150,88 Informativa: 148,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.699,79
0 Base INSS: 1.850,67 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.850,67 Valor FGTS: 148,05 Base IRRF: 1.131,02
nça período igual ou inferior a 15 dias: 05/05/2020 a 05/05/2020

ɔr.: 2336 BIANCA CAETANO COSTA Situação: Trabalhando CPF: 301.663.768-50 PIS: 128.98626.17-3
ɔo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 17/01/2018 CTPS/Série: 47168/00315
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

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

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

ɔr.: 2977 BRUNA BERALDO FERRANTE Situação: Trabalhando CPF: 368.501.738-12 PIS: 209.83236.77-6
ɔo: 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.	9,23	261,41 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	49,96 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14 P				

0 Proventos: 2.831,55 Descontos: 311,37 Informativa: 226,52 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.520,18
0 Base INSS: 2.831,55 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.831,55 Valor FGTS: 226,52 Base IRRF: 2.570,14

ɔr.: 2145 CAMILA DONATO INNOCENCIO Situação: Doença CPF: 395.692.218-28 PIS: 207.73635.06-2
ɔo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 08158/00315
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.757,41 D
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00 P				

0 Proventos: 2.757,41 Descontos: 2.757,41 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
nça período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2020

ɔr.: 2125 CATIA FERNANDA FERRAZ Situação: Trabalhando CPF: 377.077.858-86 PIS: 129.80319.17-3
ɔo: 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	11,00	512,49 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.075,45 D
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	94,26 P	812	INSS FERIAS	8,15	95,42 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	153,28	153,28 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	4,53 D
807	VANTAGENS FERIAS	132,37	132,37 P	998	I.N.S.S.	7,50	51,25 D
8783	DIAS FERIAS	19,00	885,22 P				
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	76,63 P				

1 Proventos: 1.854,25 Descontos: 1.226,65 Informativa: 148,33 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 627,60
1 Base INSS: 1.854,25 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.854,25 Valor FGTS: 148,33 Base IRRF: 438,01
nça maternidade: 14/01/2020 a 12/05/2020
IAS DE 13/05/2020 - 11/06/2020

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

PJ: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
npetência: 05/2020

Emissão: 03/06/2020
Horas: 21:08:56

pregados

EXTRATO MENSAL

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

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

1 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20
nça maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020

---

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

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,13 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,61 D	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P					
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23 P					

0 Proventos: 1.869,95 Descontos: 152,61 Informativa: 149,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.717,34
0 Base INSS: 1.869,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.869,95 Valor FGTS: 149,59 Base IRRF: 1.717,34
nça período igual ou inferior a 15 dias: 21/05/2020 a 21/05/2020

---

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

806	MEDIA HORAS FERIAS	219,36	219,36 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.489,75 D	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00 P	812	INSS FERIAS	8,03	130,10 D	
8783	DIAS FERIAS	30,00	1.191,49 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	1,05 D	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32 P	998	I.N.S.S.	7,50	5,19 D	

0 Proventos: 1.689,17 Descontos: 1.626,09 Informativa: 135,12 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 63,08
0 Base INSS: 1.689,17 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.689,17 Valor FGTS: 135,12 Base IRRF: 63,08
IAS DE 01/05/2020 - 30/05/2020

---

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

8781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	998	I.N.S.S.	8,14	149,05 D	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	46,59 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P					
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63 P					

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

2 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: 1.302,11
nça período igual ou inferior a 15 dias: 04/05/2020 a 04/05/2020

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	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

)J: 45.349.461/0008-89
:ulo: Folha Mensal
npetência: 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

Emissão: 03/06/2020
Horas: 21:08:56

pregados

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	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

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

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

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

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

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

)r.: 3207 GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS — Situação: Trabalhando — CPF: 353.336.248-52 — PIS: 129.46805.26-5
go: 71 TEC. ENFERMAGEM — Vínculo: Celetista — Adm: 04/05/2020 — CTPS/Série:
900 — Depto: 600 — Filial: 1 — Salário: 1.397,71

8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.257,94 P	998	I.N.S.S.		7,92	114,46 D
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00 P					
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10 P					

1	Proventos:	1.596,04	Descontos:	114,46	Informativa:	115,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.481,58
1	Base INSS:	1.446,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.446,04	Valor FGTS:	115,68	Base IRRF:	1.141,99

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.		8,04	130,75 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P					

2	Proventos:	1.627,04	Descontos:	130,75	Informativa:	130,16	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.496,29
1	Base INSS:	1.627,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.627,04	Valor FGTS:	130,16	Base IRRF:	1.117,11

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.		7,89	111,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P					
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P					

0	Proventos:	1.417,82	Descontos:	111,92	Informativa:	113,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.305,90
0	Base INSS:	1.417,82	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.417,82	Valor FGTS:	113,42	Base IRRF:	1.305,90

PJ: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
mpetência: 05/2020

Emissão: 03/06/2020
Horas: 21:08:56

pregados

EXTRATO MENSAL

or.:	2130 IZABEL CRISTINA DE SOUZA	Situação: Trabalhando	CPF: 095.493.888-75	PIS:	169.20547.00-8
go:	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	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	7,89	111,92 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P				

0	Proventos:	1.417,82	Descontos:	111,92	Informativa:	113,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.305,90
0	Base INSS:	1.417,82	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.417,82	Valor FGTS:	113,42	Base IRRF:	1.305,90

---

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

8781	DIAS NORMAIS	21,00	978,40 P	998	I.N.S.S.	8,12	145,39 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	9,00	419,31 P				
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	62,70 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97 P				

2	Proventos:	1.789,68	Descontos:	145,39	Informativa:	143,17	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.644,29
1	Base INSS:	1.789,68	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.789,68	Valor FGTS:	143,17	Base IRRF:	1.265,11

nça período igual ou inferior a 15 dias: 03/05/2020 a 11/05/2020

---

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

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

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

---

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

8781	DIAS NORMAIS	29,00	2.463,46 P	998	I.N.S.S.	9,67	314,97 D
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	1,00	84,95 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	63,66 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	6,97 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: 08/05/2020 a 08/05/2020

---

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

8781	DIAS NORMAIS	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 Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

PJ: 45.349.461/0008-89
culo: Folha Mensal
npetência: 05/2020

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

Emissão: 03/06/2020
Horas: 21:08:56

pregados

EXTRATO MENSAL

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,12	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

---

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

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

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

---

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

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

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

---

or.: 3021 MAURO CELSO CHIAVELLI — Situação: Trabalhando — CPF: 365.760.718-84 — PIS: 203.20305.12-5
go: 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.	8,05	133,38 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	118,09	255,82 P				

0 Proventos: 1.656,31 Descontos: 133,38 Informativa: 132,50 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.522,93
0 Base INSS: 1.656,31 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.656,31 Valor FGTS: 132,50 Base IRRF: 1.522,93

---

or.: 2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA — Situação: Trabalhando — CPF: 434.914.478-10 — PIS: 204.97661.73-4
go: 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

---

or.: 2154 NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA — Situação: Licença maternidade — CPF: 394.946.148-52 — PIS: 203.20306.87-3
go: 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
nça maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020

PJ: 45.349.461/0008-89 Emissão: 03/06/2020
culo: Folha Mensal Horas: 21:08:56
mpetência: 05/2020

pregados

EXTRATO MENSAL

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

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

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

---

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

---

or.: 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA Situação: Trabalhando CPF: 298.440.178-66 PIS: 127.24425.16-4
go: 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.	9,16	252,51 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	45,07 D

0 Proventos: 2.757,41 Descontos: 297,58 Informativa: 220,59 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.459,83
0 Base INSS: 2.757,41 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 2.757,41 Valor FGTS: 220,59 Base IRRF: 2.504,90

---

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	7,99	124,40 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	155,98 P				

1 Proventos: 1.556,47 Descontos: 124,40 Informativa: 124,51 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.432,07
1 Base INSS: 1.556,47 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.556,47 Valor FGTS: 124,51 Base IRRF: 1.242,48

---

or.: 2157 RICARDO DE CARVALHO Situação: Trabalhando CPF: 281.686.478-23 PIS: 125.51156.27-2
go: 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

---

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

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,73 D
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34 P				

0 Proventos: 1.871,29 Descontos: 152,73 Informativa: 149,70 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.718,56
0 Base INSS: 1.871,29 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,29 Valor FGTS: 149,70 Base IRRF: 1.718,56

PJ: 45.349.461/0008-89 Emissão: 03/06/2020
Cálculo: Folha Mensal Horas: 21:08:56
Competência: 05/2020

Empregados

EXTRATO MENSAL

Matr.: 33 THAIS BOARETO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 329.168.118-50 PIS: 134.51447.81-8
Cargo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Vínculo: Celetista Adm: 15/09/2014 CTPS/Série: 22778/315
900 Depto: 600 Filial: 1 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	167,94	167,94 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:	4.787,98	Descontos:	795,32	Informativa:	369,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 3.992,66
0	Base INSS:	4.620,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.620,04	Valor FGTS:	369,60	Base IRRF: 4.114,31

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

8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998	I.N.S.S.		8,04	130,75 D	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P						
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P						

2	Proventos:	1.627,05	Descontos:	130,75	Informativa:	130,16	Informativa Dedutora:	0	Líquido: 1.496,30
1	Base INSS:	1.627,05	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.627,05	Valor FGTS:	130,16	Base IRRF: 1.117,12

Total Geral Proventos: 80.895,73 Total Geral Descontos: 12.686,02
Líquido Geral: 68.209,71

Resumo por Rubrica

16	INSALUBRIDADE 20%	700,00	7.133,85 P	812	INSS FERIAS	16,18	225,52 D
27	ADICIONAL RT	1.561,58	1.561,58 P	821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	5,58 D
242	REEMBOLSO DESP PAGO	167,94	167,94 P	937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.565,20 D
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	998	I.N.S.S.	325,39	6.465,35 D
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	1.531,54	4.268,03 P	999	IMPOSTO DE RENDA	82,50	666,96 D
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.757,41 D
806	MEDIA HORAS FERIAS	372,64	372,64 P				
807	VANTAGENS FERIAS	341,37	341,37 P				
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	296,44 P				
8011	INSALUB 20% LIC.MATERN	60,00	494,63 P				
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00 P				
8781	DIAS NORMAIS	1.024,00	55.083,74 P				
8783	DIAS FERIAS	49,00	2.076,71 P				
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	71,00	4.458,61 P				
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P				
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	23,00	1.109,93 P				
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	120,00	160,25 P				
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00 P				

Líquido Geral: 68.209,71

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

?J:	45.349.461/0008-89	Emissão:	03/06/2020
culo:	Folha Mensal	Horas:	21:08:56
npetência:	05/2020		

pregados

EXTRATO MENSAL

Situações

nero de empregados:	40	Salário contribuição empregados:	77.820,38	Base IRRF Mensal:	63.818,98
nero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	666,96
balhando:	36	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	2.445,13
tado direitos integrais:	0	Base total:	77.820,38	Valor IRRF Férias:	0,00
tado acidente de trabalho:	0	Segurados:	6.696,45	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
tado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
rio maternidade:	2	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
rio maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
nça:	1	Sub-Total:	6.696,45	Base IRRF 13º Salário:	0,00
nça Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
nça sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	5.249,68	Valor Total do IRRF:	666,96
nitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
nsferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
as:	1	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	77.820,38
dato sindical:	0	Total:	1.446,77	Valor do FGTS:	6.225,44
sentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
ic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	1.446,77	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
ência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
ros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
nissões:	1			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
nero de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00
				Líquido Geral:	68.209,71

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

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

EMPRESA

Aviso de lançamento

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

Admissão: 16/01/2018

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.528,70	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

Admissão: 16/01/2018

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.528,70	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 2.904,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 novecentos e quatro reais e cinqüenta e três centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

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

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,04	514,50	
998	I.N.S.S.	9,69		317,00
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,38

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.271,91	367,38
Valor Líquido ⇨	2.904,53

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.271,91	3.271,91	261,75	2.575,73	7,50

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

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,04	514,50	
998	I.N.S.S.	9,69		317,00
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		50,38

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
3.271,91	367,38
Valor Líquido ⇨	2.904,53

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.271,91	3.271,91	261,75	2.575,73	7,50

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 2.813,20 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 treze reais e vinte 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,31	441,62	
998	I.N.S.S.	9,59		306,79
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		79,04

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.199,03	385,83
Valor Líquido ⇨		2.813,20

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.199,03	3.199,03	255,92	2.892,24	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,31	441,62	
998	I.N.S.S.	9,59		306,79
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		79,04

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	3.199,03	385,83
Valor Líquido ⇨		2.813,20

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.199,03	3.199,03	255,92	2.892,24	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.717,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e dezessete reais e dezoito centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	20,00	931,81	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	465,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,67	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,52	263,07	
998	I.N.S.S.	8,16		152,60

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.869,78	152,60
Valor Líquido ⇨	1.717,18

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.869,78	1.869,78	149,58	1.717,18	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	20,00	931,81	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	10,00	465,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	139,33	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	69,67	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,52	263,07	
998	I.N.S.S.	8,16		152,60

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.869,78	152,60
Valor Líquido ⇨	1.717,18

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.869,78	1.869,78	149,58	1.717,18	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e nove reais e setenta e nove centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

Aviso de lançamento

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,85

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.757,41	283,36
Valor Liquido ⇨	2.474,05

ANCO DO BRASIL 1
onta: 111247-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.315,31	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,85

Convênio nº 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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.757,41	283,36
Valor Líquido ⇨	2.474,05

ANCO DO BRASIL 1
onta: 111247-3 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.315,31	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 2.520,18 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quinhentos e vinte reais e dezoito centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14	
998	I.N.S.S.	9,23		261,41
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		49,96

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.831,55	311,37
Valor Líquido ⇨	2.520,18

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.831,55	2.831,55	226,52	2.570,14	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	16,00	74,14	
998	I.N.S.S.	9,23		261,41
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		49,96

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.831,55	311,37
Valor Líquido ⇨	2.520,18

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.831,55	2.831,55	226,52	2.570,14	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 627,60 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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.

(Seiscentos e vinte e sete reais e sessenta 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

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

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	11,00	512,49	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	94,26	
806	MEDIA HORAS FERIAS	153,28	153,28	
807	VANTAGENS FERIAS	132,37	132,37	
3783	DIAS FERIAS	19,00	885,22	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	76,63	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.075,45
812	INSS FERIAS	8,15		95,42
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		4,53
998	I.N.S.S.	7,50		51,25

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.854,25	1.226,65
Valor Líquido ⇨	627,60

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.854,25	1.854,25	148,33	438,01	0,00

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

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	11,00	512,49	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	94,26	
806	MEDIA HORAS FERIAS	153,28	153,28	
807	VANTAGENS FERIAS	132,37	132,37	
3783	DIAS FERIAS	19,00	885,22	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	76,63	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.075,45
812	INSS FERIAS	8,15		95,42
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		4,53
998	I.N.S.S.	7,50		51,25

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.854,25	1.226,65
Valor Líquido ⇨	627,60

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.854,25	1.854,25	148,33	438,01	0,00

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

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

EMPRESA

Aviso de lançamento

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

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

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.717,34 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 dezessete reais e trinta 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

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

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,13	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23	
998	I.N.S.S.	8,16		152,61

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.869,95	152,61
ANCO DO BRASIL 1		
onta: 20671-7 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.717,34

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.869,95	1.869,95	149,59	1.717,34	0,00

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

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Folha Mensal
Mensalista Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,13	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,58	263,23	
998	I.N.S.S.	8,16		152,61

Convênio nº 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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.869,95	152,61
ANCO DO BRASIL 1		
onta: 20671-7 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.717,34

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.869,95	1.869,95	149,59	1.717,34	0,00

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 63,08 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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.

(Sessenta e três reais e oito centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	219,36	219,36	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
3783	DIAS FERIAS	30,00	1.191,49	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.489,75
812	INSS FERIAS	8,03		130,10
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,05
998	I.N.S.S.	7,50		5,19

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.689,17	1.626,09
Valor Liquido ⇨	63,08

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.689,17	1.689,17	135,12	63,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
806	MEDIA HORAS FERIAS	219,36	219,36	
807	VANTAGENS FERIAS	209,00	209,00	
3783	DIAS FERIAS	30,00	1.191,49	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.489,75
812	INSS FERIAS	8,03		130,10
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		1,05
998	I.N.S.S.	7,50		5,19

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.689,17	1.626,09
Valor Liquido ⇨	63,08

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.689,17	1.689,17	135,12	63,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

Aviso de lançamento

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.681,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e oitenta e 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.830,34	149,05
ANCO DO BRASIL 1		
onta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.681,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.830,34	1.830,34	146,42	1.302,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.830,34	149,05
ANCO DO BRASIL 1		
onta corrente: 7621-X Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.681,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.830,34	1.830,34	146,42	1.302,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL 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

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

Aviso de lançamento

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

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

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 108275-2 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.481,58 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a GILSON FERREIRA GUEDES DO, na conta 27.922, agência 0178 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e oitenta e um reais e cinqüenta e oito centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.496,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 noventa e seis 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
998	I.N.S.S.	8,04		130,75

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.627,04	130,75
Valor Líquido ⇨	1.496,29

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.627,04	1.627,04	130,16	1.117,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
998	I.N.S.S.	8,04		130,75

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.627,04	130,75
Valor Líquido ⇨	1.496,29

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.627,04	1.627,04	130,16	1.117,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.305,90 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 cinco reais e noventa 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,89		111,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.417,82	111,92
Valor Líquido ⇨	1.305,90

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,89		111,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.417,82	111,92
Valor Líquido ⇨	1.305,90

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.305,90 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e trezentos e cinco reais e noventa 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,89		111,92

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.417,82	111,92
Valor Líquido ⇨	1.305,90

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA AUX. ADM. FARMACIA	411005	700	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
998	I.N.S.S.	7,89		111,92

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.417,82	111,92
Valor Líquido ⇨	1.305,90

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.417,82	1.417,82	113,42	1.305,90	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.644,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Codigo	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	21,00	978,40	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	419,31	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
998	I.N.S.S.	8,12		145,39

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.789,68	145,39
Valor Liquido ⇨	1.644,29

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.789,68	1.789,68	143,17	1.265,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Codigo	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	21,00	978,40	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	9,00	419,31	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	146,30	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	62,70	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
998	I.N.S.S.	8,12		145,39

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.789,68	145,39
Valor Liquido ⇨	1.644,29

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.789,68	1.789,68	143,17	1.265,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 16 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	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
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19003-9 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 16 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.644,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

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

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
998	I.N.S.S.	8,12		145,39

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.789,68	145,39
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.644,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. 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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE JUNHO ***

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89 | CC: UTI MIRANDOPOLIS | Folha Mensal
Mensalista | Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	182,97	
998	I.N.S.S.	8,12		145,39

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.789,68	145,39
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19412-3 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.644,29

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. 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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 03 DE JUNHO ***

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 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
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 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

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,71	128,92
ANCO DO BRASIL 1 onta corrente: 19415-8 Agência: 448 - 0	Valor Líquido ⇨	1.477,79

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 25 DE JUNHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data



Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1

Admissão: 04/10/2017

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

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI AUX. ADMINIST.	411005	800	1

Admissão: 04/10/2017

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

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

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA 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

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA 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

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

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

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 26458-X Agência: 373 - 5

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

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

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.959,59	2.959,59	236,76	2.682,82	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

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

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

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

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.959,59	2.959,59	236,76	2.682,82	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a PATRICIA ADRIANA FERREIRA, na conta 19.428, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e setecentos e dezoito reais e vinte e nove centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA 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

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

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

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ /
Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 2.459,83 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 cinqüenta e nove 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,07

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.757,41	297,58
Valor Líquido ⇨	2.459,83

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.504,90	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,07

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
2.757,41	297,58
Valor Líquido ⇨	2.459,83

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.504,90	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.432,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e trinta e dois reais e sete centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	155,98	
998	I.N.S.S.	7,99		124,40

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.556,47	124,40
Valor Líquido ⇨	1.432,07

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.556,47	1.556,47	124,51	1.242,48	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	155,98	
998	I.N.S.S.	7,99		124,40

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.556,47	124,40
Valor Líquido ⇨	1.432,07

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.556,47	1.556,47	124,51	1.242,48	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G3380511411045291
05/07/2020 15:51:07

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

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

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71

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

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

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 3.992,66 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e novecentos e noventa e dois reais e sessenta e seis centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	167,94	167,94	
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
4.787,98	795,32
Valor Líquido ⇨	3.992,66

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	167,94	167,94	
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

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
4.787,98	795,32
Valor Líquido ⇨	3.992,66

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

/ / Data

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:51:07

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.496,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 101, 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 noventa e seis reais e trinta centavos)

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:51:07

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 11/06/2019

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
998	I.N.S.S.	8,04		130,75

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.627,05	130,75
Valor Líquido ⇨	1.496,30

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.627,05	1.627,05	130,16	1.117,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 11/06/2019

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33	
998	I.N.S.S.	8,04		130,75

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.627,05	130,75
Valor Líquido ⇨	1.496,30

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.627,05	1.627,05	130,16	1.117,12	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__
Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	2.757,41
Valor Líquido ⇨		0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0

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

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO ENFERMEIRO (A)	223505	600	1

Admissão: 04/10/2017

ódigo	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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	2.757,41	2.757,41
Valor Líquido ⇨		0,00

ANCO DO BRASIL 1
onta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

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

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:52:03

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.489,75 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 102, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:52:03

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

Mira

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
DEBORA CRISTINA LOCHE	30972	00315

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
04/10/2018 A 03/10/2019	01/05/2020 A 30/05/2020 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.191,49
Média Horas:	219,36
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CALCULO:	1.619,85

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.619,85	P
1/3 das Férias:	0,00	
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
Desconto da Previdência:	130,10	D
Desconto do imposto de Renda:	0,00	
TOTAL DOS PROVENTOS:	1.619,85	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	130,10	D
TOTAL LIQUIDO:	1.489,75	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R$ 1.489,75 (um mil quatrocentos e oitenta e nove reais e setenta e cinco centavos) a ser paga adiantadamente.

Seguindo orientações da MP 927 de 22/03/2020, os valores relativos ao adicional de um terço de férias não serão pagos nestas férias, devendo ser pagos até a data em que é devido o pagamento do 13° salário.

CIENTE,

Data: 01/04/2020

DEBORA CRISTINA LOCHE

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R$ 1.489,75(um mil quatrocentos e oitenta e nove reais e setenta e cinco centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 05/06/2020
MIRANDOPOLIS

DEBORA CRISTINA LOCHE

Convênio nº 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

04/08/21
211

EMPRESA

Aviso de lançamento

G338051141104529 1
05/07/2020 15:52:03

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

Data 04/06/2020 Valor R$ 1.698,03 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 102, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e oito reais 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: JOAO P M P AFFONSO em 05/07/2020 15:52:03

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
CATIA FERNANDA FERRAZ	035412	00370

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias		De Abono
04/10/2018 A 03/10/2019	13/05/2020 A 11/06/2020 = 30 Dias		

BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS		
Faltas não justificadas:	01	Férias:	1.848,73	P
Salário Base:	1.397,71	1/3 das Férias:	0,00	
Média Horas:	242,02	Abono de Férias:	0,00	
Média Valores:	0,00	1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Outras Vantagens:	209,00	Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
TOTAL BASE CALCULO:	1.848,73	1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
		Salário Família:	0,00	
		1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
		Desconto da Previdência:	150,70	D
		Desconto do imposto de Renda:	0,00	
		TOTAL DOS PROVENTOS:	1.848,73	P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	150,70	D
		TOTAL LIQUIDO:	1.698,03	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R$ 1.698,03 (um mil seiscentos e noventa e oito reais e três centavos) a ser paga adiantadamente.

Seguindo orientações da MP 927 de 22/03/2020, os valores relativos ao adicional de um terço de férias não serão pagos nestas férias, devendo ser pagos até a data em que é devido o pagamento do 13° salário.

CIENTE,

Data: 13/04/2020

Catia Fernanda Ferraz

CATIA FERNANDA FERRAZ

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R$ 1.698,03(um mil seiscentos e noventa e oito reais e três centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 05/06/2020
MIRANDOPOLIS

Catia F. Ferraz

CATIA FERNANDA FERRAZ

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:09
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116205300803021402213581081182610000004000
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	60.401
DATA DE VENCIMENTO	20/05/2020
DATA DO PAGAMENTO	04/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	40,00
JUROS/MULTA	0,15
VALOR COBRADO	40,15

NR.AUTENTICACAO 1.439.E63.982.33F.2C6

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

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
38
Código de Verificação de Autenticidade
2O22DQWBF
Data e Hora de Emissão da NFS-e
02/06/2020 às 08:51:24
Chave de Acesso
314115GY06RF4FG3L4GARCT0ZWIFE9I9

Para certificação da autenticidade acesse http://138.0.140.18:5660/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**MIRANDOPOLIS-SP**	**MIRANDOPOLIS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				02/06/2020

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**01 - Não Possui ISSQN**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
14.508.613/0001-49	**449019473114**	**54001022**	**000014245**	F B BABETO - ME

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA NOVE DE JULHO, 784		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDÓPOLIS-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02	**ISENTO**		**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
DRº RAUL DA CUNHA BUENO, 585		**CENTRO**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16830-000	**MIRANDOPOLIS - SP**		

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	PONTO ADICIONAL	80,00	R$ 80,00

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

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: **31.01**

Construção Civil

	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Serviços técnicos em edificações, eletrônica, eletrotécnica, mecânica, telecomunicações e	**2,00%**	**0000310000001**	**6110803**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 80,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 80,00**	**R$ 1,60**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 80,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

LX
1-40,15
1-40,30

RECEBI(EMOS) DE **F B BABETO - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **38** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **2O22DQWBF**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/____	_____	_____

05/06/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:20:58
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	05/06/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	350.506,50

****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA:	7.004.231-4
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211
NR.AUTENTICACAO	5.CFB.F3A.364.3F5.566

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.09
6790306790 SEGUNDA VIA 0005
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL
AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS
CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA
CPF/CNPJ: 304.418.188-70
VALOR: R$ 1.718,56
DEBITO EM: 05/06/2020
==========
DOCUMENTO: 060501
AUTENTICACAO SISBB: 7.F47.9CF.768.B98.901

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 17/09/2019

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
998	I.N.S.S.	8,16		152,73

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.871,29	152,73
Valor Líquido ⇨	1.718,56

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.871,29	1.871,29	149,70	1.718,56	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1

Admissão: 17/09/2019

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
998	I.N.S.S.	8,16		152,73

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

Total de Vencimentos	Total de Descontos
1.871,29	152,73
Valor Líquido ⇨	1.718,56

ANCO DO BRASIL 1
onta salário: 88417-X Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.871,29	1.871,29	149,70	1.718,56	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.09
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R$ 1.478,01
DEBITO EM: 05/06/2020

==========

DOCUMENTO: 060502
AUTENTICACAO SISBB: 0.33C.A7A.FCD.B9C.7CA

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	19/02/2020	

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,95	128,94
Valor Líquido ⇨		1.478,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205	600	1
		Admissão:	19/02/2020	

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,94

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

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.606,95	128,94
Valor Líquido ⇨		1.478,01

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

__/__/__ Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.09
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 10.980-0

FAVORECIDO: MAURO CELSO CHIAVELLI
CPF/CNPJ: 365.760.718-84
VALOR: R$ 1.522,93
DEBITO EM: 05/06/2020
==========
DOCUMENTO: 060503
AUTENTICACAO SISBB: 8.4F9.6FA.8BE.15B.81F

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	118,09	255,82	
998	I.N.S.S.	8,05		133,38

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.656,31	133,38
Valor Líquido ⇨		1.522,93

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.656,31	1.656,31	132,50	1.522,93	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Maio de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	118,09	255,82	
998	I.N.S.S.	8,05		133,38

	Total de Vencimentos	Total de Descontos
	1.656,31	133,38
Valor Líquido ⇨		1.522,93

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.656,31	1.656,31	132,50	1.522,93	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.10
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: 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: 08/06/2020

==========

DOCUMENTO: 060801
AUTENTICACAO SISBB: 8.F8F.839.4AA.F2C.C1A

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

07/06

Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série	9/NFE
Data e Hora de Emissão	04/06/2020 13:33:49
Código de Verificação	157D4EE7C910F81D2535
Página 1 / 1	

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 33.433.450/0001-27 IE: IM: 56692
Razão Social: KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME
Endereço : Rua Eletricista Manuel Martins - Num: 97
Bairro : Jardim Novo Horizonte - CEP: 17.209-830
Município : JAU - SP Celular: (14)99791-2301
E-mail : fiscal@jrmartins.com.br

Dados da Nota

TOMADOR

CNPJ : 45.349.461/0001-02 IE: IM:
Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
Endereço : AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES - Num: 303 - SALA 03
Bairro : JARDIM ARIANO - CEP: 16.400-400
Município : LINS - SP
E-mail : contabilidade2@ahbb.org.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço :AVENIDA DOUTOR RAUL DA CUNHA BUENO - Num: 585. Bairro: CENTRO - CEP: 16.800-000
Municipio :MIRANDOPOLIS - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE MAIO/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 9/NFE

Emissão 04/06/2020 13:33:49

Código de verificação 157D4EE7C910F81D2535

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

08/06/20
211

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614648603051912700001445311282800000266970
BENEFICIARIO:
UNIAO Q F NACIONAL S
NOME FANTASIA:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	60.802
NOSSO NUMERO	6146860305
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	08/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.669,70
VALOR COBRADO	2.669,70

NR.AUTENTICACAO A.209.7ED.A40.190.9E6

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

Uniao Quimica Farmaceutica Nacional S/A

União Química
farmacêutica nacional S/A

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N
KM 862.5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: 3534279000 -

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 415848
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3120 0560 6659 8100 0975 5500 1000 4158 4812 0581 5303

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda produção estab.destinada a não contribuinte / Venda m	131203670195020 11/05/2020 23:22:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC.ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
5257755260375	813013256118	60.665.981/0009-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL			45.349.461/0001-02	11/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA SAÍDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303	JARDIM ARIANO	16400-400		11/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA/ENTRADA**
LINS	551435325198	SP		23:21:49 -03:00

FATURA / DUPLICATAS

FATURA
Número: 0092163562, Valor original: 8.090,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Líquido: 8.090,00

Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Núm. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor
001	08/06/2020	2.669,70	002	22/06/2020	2.669,70	003	06/07/2020	2.750,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.090,00	970,80	0,00	0,00	0,00	8.090,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.090,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
INTEC INTEGRACAO NACIONAL DE TRANSP DE ENCOMENDAS	0 - Remetente				52.134.798/0005-91

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R JOSE GONCALVES FILHO 571	CONTAGEM	MG	1861413310055

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	VOLUME			17,494	17,494

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD.PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC.ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
000000000001001680	DORMIUM 50MG/10ML INJX50 AMP P.344/98-B1 L 2009384 V 31.03.2022 Q 14,000. Resolução do Senado Federal n.13/12. Número do FCI: 1A628A3C-5993-4228-B0DA-BE7D31D5C800. Vlr. aprox. trib.: 2.100,00. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1049702040124	30049069	500	6107	UN	14,0000	500,000000	7.000,00	0,00	7.000,00	840,00	0,00	12,00	
000000000001001582	PROVIVE EMU INJ P344/98C1 CX C/5FR X20ML L A0C0830 V 31.08.2021 Q 10,000. Vlr. aprox. trib.: 165,00. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1427700030045	30049095	600	6108	UN	10,0000	55,000000	550,00	0,00	550,00	66,00	0,00	12,00	
000000000001000360	SUCCINIL COLIN 100MG FA L 2011044 V 31.03.2022 Q 30,000. Vlr. aprox. trib.: 162,00. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1049702060036	30049099	000	6107	UN	30,0000	18,000000	540,00	0,00	540,00	64,80	0,00	12,00	

UTI Mirandópolis

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. FATURAR E ENTREGAR URGENTE. Base calculo ICMS:R$ 8.090,00 Valor ICMS partilha: R$ 485,40 ICMS FECP: R$ 0,00. Num. pedido cliente: URGENTE. Ordem de venda: 0005350742. Remessa: 0082181388. Documento de transporte: 0010038517.	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 22/05/2020 ASS.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091402566401044382810000172537
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	60.803
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.725,37
VALOR COBRADO	1.725,37

NR.AUTENTICACAO 8.644.BF3.BBC.05E.D16

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 78694
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0786 9410 0101 6610

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	135200355133161 05/05/2020 19:31:38

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	05/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 MAIO 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 09/06/2020 1.725,37

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
1.686,39	291,20	0,00	0,00	1.725,37

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.725,37

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8	CAIXA			34,71	34,71

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 10-0ML-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	1,8700	18,70	18,70	3,37		18,00	
9892	FUROSEMIDA 20MG 100AMP 2ML GEN-HYPOFARMA LT 19121398 (1) 12/2022 (Fornecedor: 131, Lote: 19121398, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/-2020, Data Val: 31/12/2022)	30039086	000	5102	CX	1	50,2400	50,24	50,24	6,03		12,00	
OK 24050	QUETIPIN(C1) 25MG 30CP REV.-CRISTALIA (PORT.344/98) LT 20010951 (3) 01/2022 (Fornecedor: 727, Lote: 20010951, Qtde: 3 ,Data Fab: 22/01/2020, Data Val: 22/01/20-22)	30049079	000	5102	CX	3	5,4600	16,38	16,38	2,95		18,00	
OM 3478	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	20,8750	41,75	41,75	7,52		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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R2V2R6V4R1N2V1||UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 8 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 8 ICMS-ST retido por operação anterior base: 38,22 valor: 2,04
Pedido: 78801
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,13

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/05/2020
ASS.

MERCADORIA AVARIADAS 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 78694
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0786 9410 0101 6610

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200355133161 05/05/2020 19:31:38

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
OK 13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006783 (2) 11/2020 (Fornecedor: 58, Lote: BF18006783, Qtde: 2 ,Data Fab: 31/12/2018, Data Val: 30/11/2020)	30043100	300	5102	FR	2	20,0350	40,07	40,07	7,21		18,00	
22852	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-TALGE LT TTEW260 (6) 10/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TTEW260, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 01/10/2024)	65069900	200	5102	PCT	6	15,2000	91,20	91,20	16,42		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (1) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1	17,6800	17,68	17,68	3,18		18,00	
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 250ML-VICPHARMA LT C9154 (6) 03/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: C9154, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	33069000	060	5405	CX	6	6,4967	38,98					
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1907140 (1) 07/2021 (Fornecedor: 2029, Lote: 1907140, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 17/07/2021)	15121919	000	5102	CX	1	83,5200	83,52	83,52	15,03		18,00	
11614	SERINGA DESC.10ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA406B (6) 06/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA406B, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183119	200	5102	CX	6	25,9550	155,73	155,73	18,69		12,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR022J (2) 11/2022 (Fornecedor: 7934, Lote: PR022J, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2022)	40151900	000	5102	CX	2	390,3650	780,73	780,73	140,53		18,00	
16981	LUVA P/ PROCED.N.EST.G C/10-LEMGRUBER LT PR006K (1) 03/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR006K, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 30/03/2023)	40151900	000	5102	CX	1	390,3900	390,39	390,39	70,27		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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100702671975182820000075307
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	60.804
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	753,07
VALOR COBRADO	753,07

NR.AUTENTICACAO E.B92.533.1CA.8B2.BA7

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	Número da nota
1110531	**1147603**

Data da emissão da nota: **15/05/2020 11:27:02**

Data do fato gerador: **15/05/2020 07:49:33**

Código de verificação: **WYMP-OAIIK**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

THOMSON REUTERS

CPF/CNPJ: **00910509001305** Inscrição Municipal: **48.563** Telefone: **((**0x) x48)-3461**
Nome/Razão Social: **THOMSON REUTERS BRASIL CONTEUDC** Inscrição Estadual:
Endereço: **Av. Centenário** Número: **7405** Bairro: **Nª Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIUMA** UF: **SC**
E-mail: **faturamento@dominiosistemas.com.br** Site: **www.dominiosistemas.com.br**

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo		(%)		ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 5/2020.	753,07	1	753,07	753,07	x	2,00	=	15,06

VENCIMENTOS: (10/06/2020 - 753,07) OBSERVAÇÃO: (Valor dos tributos incidentes (Lei nº 12.741/2012) R$0,00.)

RETENÇÕES FEDERAIS

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

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091407153401042282820000224853
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	60.805
DATA DE VENCIMENTO	10/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.248,53
VALOR COBRADO	2.248,53

NR.AUTENTICACAO 3.8E7.EC2.12B.006.F14

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 79020
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0790 2010 0035 2550

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135200358899023 06/05/2020 17:42:10

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	06/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	06 MAIO 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 10/06/2020 2.248,53

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
2.248,53	269,82	0,00	0,00	2.248,53

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.248,53

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			1,75	1,75

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
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AP06619 (1) 05/2021 (Fornecedor: 7736, Lote: AP06619, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/09/2019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	000	5102	CX	1	2.248,5300	2.248,53	2.248,53	269,82		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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1||UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 . ...
Pedido: 79117
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091412316001044282840000355175
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	60.806
DATA DE VENCIMENTO	12/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.551,75
VALOR COBRADO	3.551,75

NR.AUTENTICACAO 8.DB8.35E.B71.3D0.88C

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 77426
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0411 2060 9900 0441 5500 1000 0774 2610 0053 3131

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200335746901 28/04/2020 20:00:07

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	28/04/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	29 ABR. 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 12/06/2020 3.551,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.551,75	639,32	0,00	0,00	3.551,75

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.551,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	CAIXA			19,05	19,05

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5-0-TALGE LT TMTW046 (10) 10/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TMTW046, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2024)	63079010	200	5102	PCT	10	166,5000	1.665,00	1.665,00	299,70		18,00	
28752	MASC.P/TUBER N95(PFF2) AZ C/20-NUTRIEX LT 2004004 (2) 04/2023 (Fornecedor: 2612, Lote: 2004004, Qtde: 2 ,Data Fab: 08/04/2020, Data Val: 08/04/2023)	63079010	000	5102	CX	2	550,0000	1.100,00	1.100,00	198,00		18,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR006K (1) 03/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR006K, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2023)	40151900	000	5102	CX	1	382,0000	382,00	382,00	68,76		18,00	
28583	FILTRO BACT. VIRAL C/ TRAQ. AD C/40 SCAV LT 10088 (1) 04/2023 (Fornecedor: 2426, Lote: 10088, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2023)	84213910	000	5102	CX	1	334,0000	334,00	334,00	60,12		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310023C (1) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310023C, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 09/12/2024)	48191000	000	5102	CX	1	70,7500	70,75	70,75	12,74		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R5V3||UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 . ...
Pedido: 77521
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,13

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 04/05/2020
ASS.

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

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614644754243359500002034312782840000085093
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	60.807
NOSSO NUMERO	6146475424
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	12/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	850,93
VALOR COBRADO	850,93

NR.AUTENTICACAO 1.CFB.950.9F4.2EC.CE9

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-6700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1093133
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0404 0278 9400 0326 5500 1001 0931 3310 0060 3915

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152203088624653 28/04/2020 16:38:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	28/04/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	28/04/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		16:33

FATURA / DUPLICATA

001 12/06/2020 850,93

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
723,56	79,88	0,00	0,00	850,93

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	850,93

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			4,00	4,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
945	APRESOLINA 50MG C/20 DRG - NOVARTIS (Lote: 1947135, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)	30049069	020	6108	CX	2	7,0400	14,08	11,73	1,41		12,00	
36648	PARACETAMOL 200MG 15ML GTS GEN - GREENPHARMA (Lote: 1420, Qtde: 10, Dt Val: 28/02/2022 ,Data Fab: 01/02/2020)	30049045	020	6108	FR	10	3,0000	30,00	25,00	3,00		12,00	
2652	FLORATIL 100MG C/12 CP - MERCK (Lote: 124, Qtde: 3, Dt Val: 30/06/2021 ,Data Fab: 01/07/2019)	30049099	200	6108	CX	3	28,9500	86,85	86,85	3,47		4,00	
47450	CEFTRIAXONA IV 1G C/50 F/A GEN - TEUTO (Lote: 96320056, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)	30049099	520	6108	CX	1	700,0000	700,00	583.31	70,00		12,00	
33995	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-82005, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2025 ,Data Fab: 01/01/2020)	30059090	020	6108	RL	2	10,0000	20,00	16,67	2,00		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 1 a 2,4 a 5 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 3 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 5
ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 1,3,5 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITENS 2,4 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1,3,5
ITENS 1,3,5
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 14,20
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 81,55, Federal, R$ 1,67, Estadual, R$ 79,88
Pedido: 1168008
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/04/2020
ASS.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614644748013359500002034312882840000396000
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	60.808
NOSSO NUMERO	6146474801
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	12/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.960,00
VALOR COBRADO	3.960,00

NR.AUTENTICACAO 4.C35.62C.B9F.E5D.6B8

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 56132
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0404 0278 9400 0750 5500 1000 0561 3210 0057 4089

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135200335163794 28/04/2020 16:35:13

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)			45.349.461/0001-02	28/04/2020
ENDEREÇO		**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**	**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		JARDIM ARIANO	16400-400	28/04/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP		16:32

FATURA / DUPLICATA

001 12/06/2020 3.960,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.960,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.960,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS			SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,60	0,60

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
228	**ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 9053-56, Qtde: 2, Dt Val: 30/04/2022 ,Data Fab: 01/04/2019)**	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: 63572
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29 / 04 / 2020
ASS.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO DO BRASIL

00190614644747913359800002034312182840000097473
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	60.809
NOSSO NUMERO	6146474791
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	12/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	974,73
VALOR COBRADO	974,73

==========

NR.AUTENTICACAO 5.6F2.C72.6D2.C6C.74C

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 56124
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0404 0278 9400 0750 5500 1000 0561 2410 0019 1293

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200335132196 28/04/2020 16:28:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	28/04/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	28/04/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		16:26

FATURA / DUPLICATA

001 12/06/2020 974,73

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
974,73	120,57	0,00	0,00	974,73

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	974,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			5,00	5,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
36101	CARVEDILOL 3.125MG C/30CP GEN - EMS (Lote: 1L8096, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/20-20)	30049069	000	5102	CX	1	2,1500	2,15	2,15	0,26		12,00	
20562	SIMETICONA 15ML GTS GEN-EMS (Lote: 1J9-906, Qtde: 10, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)	30049099	500	5102	FR	10	1,9000	19,00	19,00	2,28		12,00	
29180	ACETILCISTEINA 10% 5/3ML GEN-U.QUIMICA (Lote: 2008919, Qtde: 4, Dt Val: 31/03/2022 ,Data Fab: 01/03/2020)	30049059	500	5102	CX	4	9,0000	36,00	36,00	4,32		12,00	
37656	DOBUTAMINA 250MG 10/20ML GEN - HYPO-FARMA (Lote: 19081111, Qtde: 3, Dt Val: 31/08/2021 ,Data Fab: 01/08/2019)	30039099	000	5102	CX	3	85,8600	257,58	257,58	30,91		12,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NB3110, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2021 ,Data Fab: 01/08/2019)	30041019	000	5102	CX	1	600,0000	600,00	600,00	72,00		12,00	
37356	COLETOR URINA SIST.FECHADO - ADVANTIVE (Lote: 190506, Qtde: 20, Dt Val: 31/05/2024 ,Data Fab: 01/05/2019)	39269030	700	5102	UN	20	3,0000	60,00	60,00	10,80		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 1 a 5 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 6 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 1 a 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 120,57, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 120,57
Pedido: 63542
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/04/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091402567201047782810000155000
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	60.810
DATA DE VENCIMENTO	09/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.550,00
VALOR COBRADO	1.550,00

NR.AUTENTICACAO 4.971.104.E68.335.DEE

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 436890
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3120 0511 2060 9900 0107 5500 1000 4368 9010 0085 7471

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203671292277 12/05/2020 20:05:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
001.771.1480296	813.020.011.119	11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	13 MAI 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 09/06/2020 1.550,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.550,00	62,00	0,00	0,00	1.550,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.550,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000540

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,	POUSO ALEGRE	MG	5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXA			1,15	1,15

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22463	MASCARA TRIPLA C/CLIPS ELAST.PCT C/5-0-TALGE LT TMTW046 (10)10/24 (Fornecedor: 1, Lote: TMTW046, Qtde: 10 ,Data Fab: 12/-02/2020, Data Val: 30/10/2024)	63079010	200	6108	PCT	10	155,0000	1.550,00	1.550,00	62,00		4,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017#R43 B3...
ITEM 1 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 217,00
Pedido: 405233
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100803423177282840000066385
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	61.001
NOSSO NUMERO	17115360000803423
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	12/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	10/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	663,85
VALOR COBRADO	663,85

==========

NR.AUTENTICACAO A.4E8.B7A.EF0.60D.E02

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1291059 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0467 7291 7800 0491 5500 1001 2910 5919 1136 0503

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200335693519 28/04/2020 19:33:48
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	28/04/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**	**CEP**		**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400-400		28/04/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1291059/1	12/06/2020	663,85						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
663,85	119,49	0,00	0,00	663,85

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	663,85

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00002	1,311	1,311

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030330	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA831 Q: 10,0000 F: 30/11/18 V: 30/10/2020	30049099	200	5102	SE	10,00	13,2314	132,31	132,31	23,82	0,00	18,00	0,00
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB951 Q: 10,0000 F: 30/05/19 V: 30/04/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	18,409	184,09	184,09	33,13	0,00	18,00	0,00
030332	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC916 Q: 6,0000 F: 30/07/19 V: 30/06/2021	30049099	200	5102	SE	6,00	25,3123	151,87	151,87	27,34	0,00	18,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALIA) L: 19070164 Q: 25,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30049099	000	5102	AP	25,00	5,1232	128,08	128,08	23,05	0,00	18,00	0,00
011763	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19110259 Q: 10,0000 F: 01/11/19 V: 01/11/2021	30049043	000	5102	TB	10,00	4,656	46,56	46,56	8,38	0,00	18,00	0,00
019015	ACIDO MUCOPOLISSACARIDO-POLISSULFURICOG (UNIAO QUIMICA) L: 2007995 Q: 3,0000 F: 01/03/20 V: 30/03/2023	30049099	000	5102	TB	3,00	6,98	20,94	20,94	3,77	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 29/04/2020 Pedido: 1607254 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1607254 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29 / 04 / 2020
ASS. Isadora

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080677999271512711770003982860000216168
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	61.501
DATA DE VENCIMENTO	14/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.161,68
VALOR COBRADO	2.161,68

==========

NR.AUTENTICACAO E.D20.164.BB0.7B6.D70

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500
Fax: (19)3256-0500

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 63.154
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO

CHAVE DE ACESSO
3520.0414.3355.4400.0119.5500.0000.0631.5410.1158.0650

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

DADOS DA NF-e
135200343132670 - 30/04/2020 17:09:00

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	30/04/2020
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		CENTRO	16370-000	30/04/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
Lins	(014)3541-1544	SP		17:08:30

FATURA/DUPLICATAS

63154/1 - 14/06/20 - 2161,68

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.161,68	259,40	0,00	0,00	2.161,68

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.161,68

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATARIO	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	0				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
18	CAIXAS			246,4000	246,4000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCM/S	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC UNIT /PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
2319 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR301P7 - 14/07/2021 Qtde: 6.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	500 5102	CX	6,0000	148,6800	0,0000 0,0000 %	892,08	892,08	107,05 0,00	0,00	12,00	0,00
675 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR303L8 - 11/02/2022 Qtde: 1.00 Lote: PR305H1 - 13/03/2022 Qtde: 2.00 Numero da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B1B48BC24	500 5102	CX	3,0000	106,5000	0,0000 0,0000 %	319,50	319,50	38,34 0,00	0,00	12,00	0,00
692 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR303N6 - 12/02/2022 Qtde: 3.00 Numero da FCI: EB8C6B3F-ED1C-493F-A639-F9F845E6D08D	500 5102	CX	3,0000	73,5000	0,0000 0,0000 %	220,50	220,50	26,46 0,00	0,00	12,00	0,00
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR302X1 - 06/08/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	2,0000	163,8000	0,0000 0,0000 %	327,60	327,60	39,31 0,00	0,00	12,00	0,00
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR302X2 - 06/08/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	2,0000	126,0000	0,0000 0,0000 %	252,00	252,00	30,24 0,00	0,00	12,00	0,00
974 30049099	GLICOSE 5% 500ML AZB0063 CX30BOLS BAXTER Lote: PR300A6 - 27/05/2021 Qtde: 2.00 Numero da FCI: F904A441-294E-47B7-95ED-7A707AF88EFF	500 5102	CX	2,0000	75,0000	0,0000 0,0000 %	150,00	150,00	18,00 0,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL PARA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /	Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE - 090196. - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/05/2020
ASS.

BOLETO ANEXO

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399676146580000000500034101014482870000950000
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	61.502
DATA DE VENCIMENTO	15/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	9.500,00
VALOR COBRADO	9.500,00

NR.AUTENTICACAO D.058.5FD.74E.08A.3FF

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

Mirandopolis

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
975

Data e Hora da Emissão	01/06/2020 10:05:43	Competência	1/6/2020	Código de Verificação	JUQ7YP0C3
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	RIBEIRAO PRETO - SP

Dados do Prestador de Serviços

Razão Social/Nome	ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI - EPP				
Nome Fantasia	ECQ				
CNPJ/CPF	14.352.079/0001-24	Inscrição Municipal	20004074	Município	RIBEIRAO PRETO - SP
Endereço e Cep	RUA THOMAZ NOGUEIRA GAIA ,544 - JARDIM SÃO LUIZ CEP: 14020-290				
Complemento:		Telefone:	16034427432	e-mail:	

Dados do Tomador de Serviços

Razão Social/Nome	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	BILAC - SP
Endereço e CEP	RUA SETE DE SETEMBRO ,529 - CENTRO CEP: 16210-000				
Complemento:		Telefone:	(14)3532-5198	e-mail:	financeiro@ahbb.org.br

Discriminação dos Serviços

Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares.
Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis.

Convênio 0107/2017

Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014.
Alíquota do ISS igual a 2,79%.

Pagamento conforme boleto.

Código do Serviço / Atividade

14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONSERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORI AIS..

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS		COFINS		IR(R$)		INSS(R$)		CSLL(R$)	

Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços		Outras Retenções	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor dos Serviços R$	9.500,00	Natureza Operação	Valor dos Serviços R$	9.500,00
(-) Desconto Incondicionado		1-Tributação no município	(-) Deduções permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0-Nenhum	Base de Cálculo	9.500,00
Outras Retenções		Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,79
(-) ISS Retido	0,00	1 - Sim	ISS a reter:	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido R$	9.500,00	Incentivador Cultura	(=) Valor do ISS: R$	0,00
		2-Não		

Avisos

1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.
2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, ribeiraopreto.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.
3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000911461801018182870000007000
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	61.503
DATA DE VENCIMENTO	15/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	70,00
VALOR COBRADO	70,00

NR.AUTENTICACAO 2.71F.7A3.92E.9C3.58C

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000003470-1	**Data de Emissão:** 09/12/2019

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: RELOGIO DE PONTO BAURU LTDA

CPF/CNPJ: 44.705.580/0001-98 **Inscrição Municipal:** 1027 **Tipo:** ME

CEP: 17015-021 **Endereço:** RUA CUSSY JUNIOR, 07-7 **Cidade:** BAURU/SP

Fone: (14) 3879-2953 **E-Mail:** rpb.vendas@uol.com.br

Documento Emitido por Optante do Simples Nacional, de acordo com a L.C. 123/2006.

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSS HOSP BENEFICENTE DO BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **CEP:** 17400-000 **Cidade:** GARÇA/SP

Endereço: RUA ORLANDO THIAGO SANTOS, 70

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID
(REFERENTE: 01/2020 A 06/2020) - MIRANDOPOLIS

Atividade:
CONSERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS

Código do Serviço:
14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO

Local da Prestação: BAURU			**Situação de Tributação:** Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R$) 0,00	**I.R. (R$)** 0,00	**PIS (R$)** 0,00	**COFINS (R$)** 0,00	**C.S.L.L. (R$)** 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				**Valor Aprox. Tributos** 0,00
Deduções de Materiais 0,00	**Base de Cálculo (R$)** 420,00	**Alíquota (%)** 3,49	**Valor do ISS (R$)** 14,66	**Valor Total da Nota (R$)** 420,00
Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site oficial da Prefeitura Municipal de Bauru.			**Valor líquido da nota (R$)** 420,00	

Chave de autenticação: 508390494DF367E3C6909F448E754AE5

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000468074007252807382870000164755
BENEFICIARIO:
LABORATORIO SAO PAULO
NOME FANTASIA:
LABORATORIO SAO PAULO
CNPJ: 51.100.840/0001-67
SACADOR AVALISTA:
LABORATORIO SAO PAULO ANAL.CLINICAS
CNPJ: 51.100.840/0001-67
PAGADOR:
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.504
DATA DE VENCIMENTO	15/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.647,55
VALOR COBRADO	1.647,55

NR.AUTENTICACAO 0.A9B.6D5.00E.780.4F8

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota	46874
Data de Emissão	30/05/2020
Data e Hora da Competência	30/05/2020 às 09:48:41
Código de Verificação	0000-0005-4902

PRESTADOR DE SERVIÇOS

LABORATORIO SÃO PAULO

CNPJ	51.100.840/0001-67	Cód. Mobiliário	1069	Insc. Mun.	1069
Nome	LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA				
Logradouro	RUA-TIRADENTES			Número	1086
Bairro	VILA MENDONÇA			CEP	16015-020
Município	ARAÇATUBA			UF	SP
Situação	Não Optante do Simples Nacional				
Telefones	(18)3623-2649 ; (18)3117-7010				
E-Mail's	nfe@laboratoriosaopaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br				

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02		IE ISENTO
Inscrição Mun.		Cód. Mobiliário	0
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	acpinotti@gmail.com;	Telefone	
Inf. Comp.			
Logradouro	RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	N.A.	País	BRASIL

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora	30/05/2020 às 09:48:51	Lote	54902
Número do RPS	0000-0005-4902	Sequência	54902

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1915	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA 05/2020	1.755,5200	1,00	0,00	0,00	1.755,52

Valor Total dos Serviços - R$1.755,52

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA 05/2020

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
11,41	52,67		26,33	17,56		
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 DA NOTA = R$ 1.755,52

Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Deduçao de Materiais/Equipamentos
Não

Responsável pelo imposto
Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal
Normal

Local do Serviço
Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
3,0000	1.755,52	0,00	107,97	52,67

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 1.647,55

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 **46874** emitida em **30/05/2020** às **09:48:41** - Cód Verif **0000-0005-4902**
Condições de Pagamento: Vencimento: 30/05/2020 Valor Total R$ **1.755,52** Valor Líquido R$ **1.647,55**

Ass: _____ em ____/____/_____.
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029014000000213000107709682870000068000
BENEFICIARIO:
BIOMEDICAL
NOME FANTASIA:
BIOMEDICAL
CNPJ: 51.943.645/0001-07
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	61.505
DATA DE VENCIMENTO	15/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

NR.AUTENTICACAO F.FC8.93D.3BF.93B.B6E

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FIS	VALOR NOTA R$ 680,00	NF-e Nº: 000.121.081 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL

BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA
Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP
CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555
www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - Entrada
1 - Saída [1]

Nº 000.121.081
SÉRIE : 1
FOLHA: 1 de 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0551 9436 4500 0107 5500 1000 1210 8110 0464 0320

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA PRODUCAO PROPRIA	135200384385154 - 14/05/2020 14:35:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
110883564111		51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL			45.349.461/0001-02	14/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO		16400-400	14/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	(14) 3541-1544	SP		14:34:10

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	15/06/2020	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	680,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16	680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	0 - Rem.				57.185.621/0001-04

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. PERI RONCHETTI, 765	SAO PAULO	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	VOLUME			0,980	0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessorios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 35434 QT: 10 RESOLUCAO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FCI:9F30 847B-54BC-457D-A322-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NOSSO PEDIDO: 95459 - P. PEDIDO DO CLIENTE: EMAIL. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R$ 28,56 (4,20%) Estadual: R$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTO DO ICMS CONFORME ARTIGO OITAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 18/05/20 ASS.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614567500243347400001526110782880000256875
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	61.506
NOSSO NUMERO	6145750024
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	16/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO 8.CEE.2FE.FB3.EA5.4A8

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

Samtronic Industria e Comercio Ltda

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 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	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135200306789951 17/04/2020 15:24:38-03:00

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

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL		CNPJ/CPF		DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02		17/04/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA ENTRADA/SAÍDA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	CENTRO		16400-400	
MUNICIPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA ENTRADA/SAÍDA**
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001 17/05/2020 2.568,75	002 16/06/2020 2.568,75							

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VELOXX TRANSPORTES LTDA	0-EMITENTE				14.990.752/0001-51

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALVARENGA PEIXOTO	SAO PAULO	SP	146964519117

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			14,580	12,750

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): JAN20902335018008 - Validade: 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 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): ABR20905235309108 - Validade: 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 (CX 50UN) Lote(S): ABR20900314120008 - Validade: 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

CALCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200306789951
ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS-SP. CEP 16.800-000
ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, CENTRO MIRANDOPOLIS. - *** Pedido de Venda: 449201 *** Cotacao Numero: 1657 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1376.50 (26.79%).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/04/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100806545174482880000106343
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	61.507
NOSSO NUMERO	17115360000806545
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	16/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.063,43
VALOR COBRADO	1.063,43

NR.AUTENTICACAO 5.A20.C30.C8D.73E.5E3

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1295952 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0567 7291 7800 0491 5500 1001 2959 5215 2675 4432

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200376234064 12/05/2020 14:20:56
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	12/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	12/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1295952/1	16/06/2020	1.063,43						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.063,43	188,60	0,00	0,00	1.063,43

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	1.063,43

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA-ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,02120	9,485	9,485

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
024167	ANLODIPINA 5MG, BESILATO (GEOLAB) L: 2000027 Q: 5 00,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2022	30042079	000	5102	CP	500,00	0,0343	17,15	17,15	3,09	0,00	18,00	0,00
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB951 Q: 10,0000 F: 30/05/19 V: 30/04/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	19,8528	198,53	198,53	35,74	0,00	18,00	0,00
005779	FUROSEMIDA 20MG/2ML (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 19121399 Q: 100,0000 F: 30/04/20 V: 30/12/2021	30039086	000	5102	AP	100,00	0,4699	46,99	46,99	5,64	0,00	12,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19070164 Q: 100,0000 F: 30/07/19 V: 30/07/2021	30049099	000	5102	AP	100,00	5,2866	528,66	528,66	95,15	0,00	18,00	0,00
025541	METRONIDAZOL 500MG S.FECHADO (FARMACE) L: 20C01 16A Q: 60,0000 F: 20/03/20 V: 20/03/2022	30039076	000	5102	FR	60,00	3,7224	223,34	223,34	40,20	0,00	18,00	0,00
027611	DIAZEPAM 10MG/2ML (UNIAO QUIMICA) L: 2008641 Q: 50,0000 F: 30/03/20 V: 30/03/2022 *** Portaria 344/98 B1	30049064	500	5102	AP	50,00	0,9751	48,76	48,76	8,78	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 12/05/2020 Pedido: 1615167 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1615167 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDOPOLIS
RECEBIDO 13/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:10
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100806868170482880000122425
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	61.508
NOSSO NUMERO	17115360000806868
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	16/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.224,25
VALOR COBRADO	1.224,25

NR.AUTENTICACAO 8.F23.FCF.4F6.E66.336

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13.[illegible]-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1296445 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0567 7291 7800 0491 5500 1001 2964 4517 2217 9766

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200377686778 12/05/2020 20:43:12
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	12/05/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	12/05/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1296445/1	16/06/2020	1.224,25						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.224,25	220,37	0,00	0,00	1.224,25

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	1.224,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4,00	VOLUME(S)		0,07200	21,918	21,918

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030568	CLOREXIDINA 1% 100ML (VIC PHARMA) L: M26357 Q: 4,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021 2	30039099	000	5102	FR	24,00	1,6447	39,47	39,47	7,10	0,00	18,00	0,00
031320	COMPRESSA DE GAZE 13F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 200 3 Q: 4.000,0000 F: 28/02/20 V: 30/03/2023	30059090	000	5102	PC	4.000,00	0,0408	163,20	163,20	29,38	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290475 Q: 500,0000 F: 23/09/19 V: 22/09/2021	38220090	700	5102	TI	500,00	0,59	295,00	295,00	53,10	0,00	18,00	0,00
031100	FIO DE SUTURA NYLON 2-0 (LABOR IMPORT/PR) L: 415191 01 Q: 24,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2024	30061090	200	5102	PC	24,00	1,1788	28,29	28,29	5,09	0,00	18,00	0,00
031102	FIO DE SUTURA NYLON 3-0 (LABOR IMPORT/PR) L: 418191 01 Q: 24,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2024	30061090	200	5102	PC	24,00	1,1788	28,29	28,29	5,09	0,00	18,00	0,00
014436	LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO M (DESCARPACK) L: SLTCAA438M Q: 2.000,0000 F: 30/01/20 V: 30/01/2025	40151900	200	5102	PC	2.000,00	0,335	670,00	670,00	120,61	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 12/05/2020 Pedido: 1615166 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1615166 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614724386923359300002034312582880000196690
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	61.509
NOSSO NUMERO	6147438692
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	16/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.966,90
VALOR COBRADO	1.966,90

NR.AUTENTICACAO 7.850.5AE.09C.18C.B0B

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

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 59566
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0504 0278 9400 0750 5500 1000 0595 6610 0032 2885

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200376422546 12/05/2020 14:55:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)			45.349.461/0001-02	12/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400		12/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP		14:50

FATURA / DUPLICATA

001 16/06/2020 1.966,90

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
1.966,90	278,03	0,00	0,00	1.966,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.966,90

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS			SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			4,00	4,00

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
20562	SIMETICONA 15ML GTS GEN-EMS (Lote: 1M5-805, Qtde: 10, Dt Val: 28/02/2022 ,Data Fab: 01/02/2020)	30049099	500	5102	FR	10	1,9000	19,00	19,00	2,28		12,00	
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA (Lote: 1950663, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2022 ,Data Fab: 01/12/2019)	30049045	000	5102	CX	1	47,9000	47,90	47,90	5,75		12,00	
11265	AMPLOSPEC IV 1G C/50F/A-BIOCHIMICO (Lote: 008893, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/02/2020)	30042059	000	5102	CX	1	700,0000	700,00	700,00	126,00		18,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NI3624, Qtde: 2, Dt Val: 30/0-9/2021 ,Data Fab: 01/09/2019)	30041019	000	5102	CX	2	600,0000	1.200,00	1.200,00	144,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ntregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 1 a 2,4 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 278,03, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 278,03
Pedido: 67553
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614724386953359600002034312882880000038000
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	61.510
NOSSO NUMERO	6147438695
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	16/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	380,00
VALOR COBRADO	380,00

NR.AUTENTICACAO 8.93F.992.11E.591.383

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

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 59570
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0504 0278 9400 0750 5500 1000 0595 7010 0112 0065

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200376422566 12/05/2020 14:55:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	12/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	12/05/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		14:54

FATURA / DUPLICATA

001 16/06/2020 380,00

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
380,00	50,40	0,00	0,00	380,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	380,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			4,00	4,00

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
36040	COMP.GAZE 7,5X7,5 11F C/500 - CLEAN (Lote: 11820, Qtde: 5, Dt Val: 30/04/2-025 ,Data Fab: 01/04/2020)	30059090	000	5102	PCT	5	16,0000	80,00	80,00	14,40		18,00	
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365060BD 365060 (Lote: 933-0457, Qtde: 100, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)	90183119	200	5102	CX	100	3,0000	300,00	300,00	36,00		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ntregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 2 Aliq. 12% conf. art. 54inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP
ITEM 1
ITEM 2 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 56,47, Federal, R$ 6,07, Estadual, R$ 50,40
Pedido: 67555
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 13/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091419861501047582880000310771
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	61.511
DATA DE VENCIMENTO	16/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.107,71
VALOR COBRADO	3.107,71

NR.AUTENTICACAO 6.37E.692.ED9.55B.C36

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

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

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 80477
SERIE 1
FOLHA 1/3

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0804 7710 0096 6296

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.ST	135200376915943 12/05/2020 16:26:51

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	12 MAIO 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 16/06/2020 3.107,71

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
3.062,89	523,84	0,00	0,00	3.107,71

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.107,71

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
9	CAIXA			38,56	38,56

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
22982	AVENTAL DESC.ML 20GR BR.C/PUNHO C/10-TALGE LT TAEX027 (20) 04/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TAEX027, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/04/-2019, Data Val: 01/04/2024)	62101000	200	5102	PCT	20	58,3000	1.166,00	1.166,00	209,88		18,00	
22991	CATETER IV 20G 1,1X32MM C/100-TKL LT 9036-2/166 (1) 06/2024 (Fornecedor: 992, Lote: 90362/166, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183924	200	5102	CX	1	72,5500	72,55	72,55	13,06		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (1) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/11/-2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1	18,7300	18,73	18,73	3,37		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUAA0005 (2) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUAA0005, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/-2024)	90189019	200	5102	PCT	2	23,7400	47,48	47,48	8,55		18,00	
8460	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.18 C/1-0-MARK MED LT 11673 (1) 07/2022 (Fornece-dor: 4, Lote: 11673, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 01/07/2022)	90183929	000	5102	PCT	1	9,9100	9,91	9,91	1,78		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V3R4V6||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . ...
ITEM 8 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 8 ICMS-ST retido por operação anterior base: 38,22 valor: 2,04
Pedido: 80610
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,28

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/05/20
ASS.

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

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 00477
SERIE 1
FOLHA 2/3

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0804 7710 0096 6296

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200376915943 12/05/2020 16:26:51

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
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (12) 06/2021 (Fornecedor: 20-80, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	12	14,0100	168,12	168,12	30,26		18,00	
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (100) 11/2022 (Fornecedor: 142, Lote: 20171110, Qtde: 100 ,Data Fab: 10/1-1/2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	100	1,0700	107,00	107,00	19,26		18,00	
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 25-0ML-VICPHARMA LT C9140 (2) 02/2022 \ LT C9154 (4) 03/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: C9140, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/202-0, Data Val: 28/02/2022 / Fornecedor: 774-4, Lote: C9154, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/03/-2020, Data Val: 31/03/2022)	33069000	060	5405	CX	6	7,4700	44,82					
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 111 (2) 11/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 111, Qtde: 2 ,Data Fab: 23/11/2019, Data Val: 23/11/2024)	44219900	000	5102	PCT	2	2,7700	5,54	5,54	1,00		18,00	
7589	BISTURI DESC. N.15 PC-EMBRAMED REF.493766 LT 2000005618 (10) 01/2023 (Fornece-dor: 1496, Lote: 2000005618, Qtde: 10 ,Da-ta Fab: 26/02/2020, Data Val: 14/01/2023)	90189029	000	5102	PC	10	1,2400	12,40	12,40	2,23		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1646N4 (6) 04/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1646N4, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183219	400	5102	CX	6	7,7000	46,20	46,20	5,54		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 5249M4 (3) 12/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 5249M4, Qtde: 3 ,Data Fab: 03/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183219	400	5102	CX	3	6,6800	20,04	20,04	2,40		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 4672M4 (3) 11/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 4672M4, Qtde: 3 ,Data Fab: 19/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183219	400	5102	CX	3	6,6600	19,98	19,98	2,40		12,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA008A (5) 11/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA008A, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183999	200	5102	CX	5	20,0800	100,40	100,40	18,07		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT G7-90 (1) 11/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G790, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183111	200	5102	CX	1	66,6500	66,65	66,65	12,00		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT G813 (2) 12/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G813, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183119	200	5102	CX	2	65,4000	130,80	130,80	15,70		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1612/19 (2) 09/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1612/19, Qtde: 2 ,Data Fab: 03/09/2-019, Data Val: 02/09/2024)	90183119	000	5102	CX	2	120,4600	240,92	240,92	28,91		12,00	
24139	SONDA ASPIRACAO C/ VALV.N.14 C/20-0-MARK MED LT 14649 (1) 12/2023 (Fornece-dor: 164, Lote: 14649, Qtde: 1 ,Data Fab: 31/12/2019, Data Val: 31/12/2023)	90183929	000	5102	CX	1	134,8300	134,83	134,83	24,27		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEAAA0021 (2) 07/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SEEAAA0021, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90189099	200	5102	PCT	2	29,0500	58,10	58,10	10,46		18,00	
9442	MASCARA P/TUBERCULOSE C/20-DESCARPACK N-9-5(PFF2) LT SMNFAA002 (1) 05/2024 (Fornece-dor: 1494, Lote: SMNFAA002, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/05/2024)	63079010	000	5102	CX	1	406,4300	406,43	406,43	73,16		18,00	

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA **1**

Nº 80477
SERIE 1
FOLHA 3/3

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0804 7710 0096 6296

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200376915943 12/05/2020 16:26:51

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL. ICMS	AL IPI
4449	TURBANTE DESC.ELAST.C/10-0-DESCARPACK LT STEFAA0095 (12) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: STEFAA0095, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 29/09/2024)	65069900	200	5102	PCT	12	19,2342	230,81	230,81	41,54		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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091419862301041782880000110969
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	61.512
DATA DE VENCIMENTO	16/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.109,69
VALOR COBRADO	1.109,69

NR.AUTENTICACAO 5.590.232.130.006.6FE

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

Q1 10/06

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26, 300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:11-493[illegible]1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 80492
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0804 9210 0099 9565

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200376957456 12/05/2020 16:35:20

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	12/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	12 MAIO 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 16/06/2020 1.109,69

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.109,69	180,51	0,00	0,00	1.109,69

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.109,69

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8	CAIXA			29,68	29,68

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
3659	DIN.ISOSSORB.(ISORDIL SUBL.) 5MG 30CP-SIGMA PHARMA LT 1H7381 (1) 09/20-21 (Fornecedor: 335, Lote: 1H7381, Qtde: 1 ,Data Fab: 28/09/2019, Data Val: 28/09/20-21)	30049099	000	5102	CX	1	7,5400	7,54	7,54	1,36		18,00	
10889	PREDNISONA(CORTICORTEN)20MG 20CP-NEO QUI-MICA LT B19M0212 (1) 12/2022 (Fornecedor: 1113, Lote: B19M0212, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/12/2019, Data Val: 12/12/2022)	30043999	000	5102	CX	1	4,1400	4,14	4,14	0,75		18,00	
5153	CLINDAMICINA 600MG 100AMP 4ML GEN-HIPOLA-BOR LT AA-005/20 (1) 01/2022 (Fornecedor: 1898, Lote: AA-005/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/02/2020, Data Val: 31/01/2022)	30032099	500	5102	CX	1	320,4500	320,45	320,45	38,45		12,00	
12445	AGUA P/ INJECAO 20FR 500ML-SANOBIOL LT 19-095061 (1) 09/2021 (Fornecedor: 2630, Lote: 19095061, Qtde: 1 ,Data Fab: 06/09/20-19, Data Val: 06/09/2021)	30049099	000	5102	CX	1	46,5800	46,58	46,58	8,38		18,00	
10866	AGUA P/ INJECAO 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 20C8312C (6) 03/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: 20C8312C, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/-2020, Data Val: 30/03/2022)	30039099	000	5102	CX	6	121,8300	730,98	730,98	131,57		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R7V7||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . ...
Pedido: 80609
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,08

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14/05/20
ASS.

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

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091426128701047282890000240000
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	61.513
DATA DE VENCIMENTO	17/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.400,00
VALOR COBRADO	2.400,00

NR.AUTENTICACAO 3.5A0.129.BB4.55E.FAF

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 80738
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0807 3810 0005 9785

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	**135200379232383 13/05/2020 10:12:11**

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	13/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	13 MAIO 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 17/06/2020 2.400,00

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
2.400,00	432,00	0,00	0,00	2.400,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.400,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			12,00	12,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22982	AVENTAL DESC.ML 20GR BR.C/PUNHO C/10-TALGE LT TAEX027 (20) 04/2024 \ LT TAEX044 (20) 11/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TAEX027, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 01/04/2024 / Fornecedor: 1695, Lote: TAEX044, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 01/11/2024)	62101000	200	5102	PCT	40	60,0000	2.400,00	2.400,00	432,00		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1||UTI PROMISSÃO - CONVENIO 031/2015 . ...
Pedido: 80845
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,05

RESERVADO AO FISCO

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614720094073359500002034312382910000200625
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	61.514
NOSSO NUMERO	6147009407
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	19/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.006,25
VALOR COBRADO	2.006,25

NR.AUTENTICACAO 5.D97.0BC.89E.228.F9B

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 57608
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0504 0278 9400 0750 5500 1000 0576 0810 0001 3664

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135200354415208 05/05/2020 16:03:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	05/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	05/05/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		15:56

FATURA / DUPLICATA

001 19/06/2020 2.006,25

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
2.006,25	319,36	0,00	0,00	2.006,25

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.006,25

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			3,50	3,50

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
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA (Lote: 1950663, Qtde: 2, Dt Val: 31/12/2022 ,Data Fab: 01/12/2019)	30049045	000	5102	CX	2	48,0000	96,00	96,00	11,52		12,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78NI3624, Qtde: 1, Dt Val: 30/0-9/2021 ,Data Fab: 01/09/2019)	30041019	000	5102	CX	1	600,0000	600,00	600,00	72,00		12,00	
26473	HEMOFOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 20010578, Qtde: 2, Dt Val: 31/0-1/2022 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049099	000	5102	CX	2	140,0000	280,00	280,00	50,40		18,00	
11265	AMPLOSPEC IV 1G C/50F/A-BIOCHIMICO (Lote: 008893, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/02/2020)	30042059	000	5102	CX	1	700,0000	700,00	700,00	126,00		18,00	
28165	KETAMIN NP 50MG/ML 25/2ML -CRISTALIA C1SEM CONSERVANTE (Lote: 19100473, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/2021 ,Data Fab: 01/10/2019)	30049032	000	5102	CX	1	330,2500	330,25	330,25	59,44		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1 a 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 319,36, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 319,36
Pedido: 65279
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614720090513359100002034312182910000040750
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	61.515
NOSSO NUMERO	6147009051
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	19/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	407,50
VALOR COBRADO	407,50

NR.AUTENTICACAO 1.694.CEA.E0E.904.DB7

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1094234
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0504 0278 9400 0326 5500 1001 0942 3410 0008 2495

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	**152203103624440 05/05/2020 14:49:40**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	05/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	05/05/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		14:47

FATURA / DUPLICATA

001 19/06/2020 407,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
339,57	40,75	0,00	0,00	407,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	407,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			3,50	3,50

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
33656	IRUXOL 30G C/50 PDA - ABBOTT (Lote: 11194-61, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2022 ,Data Fab: 01/03/2020)	30049019	020	6108	CX	1	407,5000	407,50	339,57	40,75		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 24,45
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 40,75, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 40,75
Pedido: 1169368
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/05/2020
ASS.

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614720093773359000002034312182910000006280
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	61.516
NOSSO NUMERO	6147009377
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	19/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	62,80
VALOR COBRADO	62,80

NR.AUTENTICACAO 1.35F.CF2.9CD.3F7.DCD

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 57581
SERIE 1
FOLHA 1/1

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

CHAVE DE ACESSO
3520 0504 0278 9400 0750 5500 1000 0575 8110 0023 5394

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135200354273178 05/05/2020 15:35:39

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	05/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	05/05/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		15:32

FATURA / DUPLICATA

001 19/06/2020 62,80

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
62,80	11,30	0,00	0,00	62,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	62,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,60	0,60

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
34822	DISP.INCONT.URIN.N.4 C/1-URIPEN-BIOMED (Lote: 204529, Qtde: 5, Dt Val: 31/03/-2022 ,Data Fab: 01/03/2020)	90183921	000	5102	PCT	5	1,2000	6,00	6,00	1,08		18,00	
25164	SONDA FOLLEY 2V N.16 B30CC C/10-SOLIDOR (Lote: 09319111, Qtde: 1, Dt Val: 30/1-1/2024 ,Data Fab: 01/11/2019)	90183921	700	5102	CX	1	28,4000	28,40	28,40	5,11		18,00	
25165	SONDA FOLLEY 2V N.18 B30CC C/10-SOLIDOR (Lote: 09419122, Qtde: 1, Dt Val: 31/1-2/2024 ,Data Fab: 01/12/2019)	90183921	700	5102	CX	1	28,4000	28,40	28,40	5,11		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 1 a 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 11,30, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 11,30
Pedido: 65278
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/05/2020
ASS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Fonte do Estado da Saúde
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
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.11
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

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

==========

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 033 - BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
AGENCIA: 0011-6 - MARILIA
CONTA: 13.014.336-3

FAVORECIDO: MARIA DAS NEVES SIQUEIRA CARDOSO 10
CPF/CNPJ: 18.188.137/0001-87
VALOR: R$ 2.100,00
DEBITO EM: 15/06/2020

==========

DOCUMENTO: 061517
AUTENTICACAO SISBB: F.9CA.497.1A9.BEC.285

Convênio nº 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

02/06

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARíLIA
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS

Número da Nota - Serie
000000000019 - 1
Autenticidade
7XCY-L3XZ
Data de Emissão
01/06/2020

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: MARIA DAS NEVES SIQUEIRA CARDOSO 10020864850
CPF/CNPJ: 18.188.137/0001-87 **IM:** 55182 **IE:** 438295118117 **Fone:** 33169795
End: : REPUBLICA AV,3469 - CEP: 17510402
Município: MARILIA **UF:** SP **E-mail:**

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 **IM:** **IE:** **Fone:** 1435325198
Endereço: av: JOSÉ ARIANO RODRIGUES,303 SALA 03 JARDIM ARIANO - CEP: 16400400
Município: LINS **Pais:** **UF:** SP **E-mail:** CONTABILIDADE2@AHBB.ORG.BR

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço de confecção de aventais impermeáveis para uso hospitalar.

Qtd Vr. Unitário Vr. Total
300 R$ 14,00 R$ 4.200,00

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

Data de vencimento:
1ª Parcela - 18/06/2020
2ª Parcela - 10/07/2020

Dados para Depósito:
Banco Santander S.A.
Agência: 0011
Conta: 13014336-3

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 02/06/2020
ASS. 10 aus

Documento Emitido por MEI - Microempreendedor Individual, não há Retenção do ISS conforme L.C. 128/2008.

Consulte a autenticidade desta Nota Fiscal através do site: http://www.marilia.sp.gov.br

Situação de Tributação
Tributada no Prestador

Código do Serviço
14091 - ALFAIATARIA E COSTURA,QUANDO O MATERIAL FOR FORNECIDO PELO USUáRIO FINAL, EXCETO AVIAMENTO.

I.N.S.S. (R$)	I.RENDA (R$)	PIS (R$)	COFINS (R$)	CSLL (R$)
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Tomador e não implicam na base de cálculo

Deduções de Materiais	Base de Cálculo (R$)	Aliquota (%)	Valor do ISS (R$)	Valor Total da Nota (R$)
0,00	**4.200,00**	**0,0000%**	**0,00**	**4.200,00**

VALOR LIQUIDO DA NOTA = R$ 4.200,00

15/06/20
Nino
2.100,00

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614729406493359400002034312982900000120000
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	61.518
NOSSO NUMERO	6147940649
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	18/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.200,00
VALOR COBRADO	1.200,00

NR.AUTENTICACAO F.B34.9B9.5B8.A79.463

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

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

dupatri HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 1097304
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0504 0278 9400 0326 5500 1001 0973 0410 0027 0976

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152203135592300 19/05/2020 15:28:55

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)			45.349.461/0001-02	19/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400		19/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP		15:22

FATURA / DUPLICATA

001	18/06/2020	1.200,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.200,00	48,00	0,00	0,00	1.200,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO	0 - DO EMITENTE				04027894000326
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO			GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			2,40	2,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0420008A, Qtde: 5, Dt Val: 31/12/20-21 ,Data Fab: 01/01/2020)	30041019	200	6108	CX	5	240,0000	1.200,00	1.200,00	48,00		4,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 96,00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 48,00, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 48,00
Pedido: 1172748
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/05/2020
ASS.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614729780833347600001526110782900000256875
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	61.519
NOSSO NUMERO	6147978083
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	18/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	15/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.568,75
VALOR COBRADO	2.568,75

NR.AUTENTICACAO 2.0D1.DB4.A6C.E67.704

Convênio nº 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

Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 5511224477S1

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA
0-ENTRADA
1-SAÍDA [1]

N. 000238747
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E
3520 0558 4266 2800 0133 5500 1000 2387 4711 0020 2332

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO	135200397517737 19/05/2020 09:36:03-03:00

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

DESTINATARIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL	45.349.461/0001-02	19/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAÍDA
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03	CENTRO	16400-400	

MUNICIPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
LINS	1435325198	SP		

FATURA

001 18/06/2020 2.568,75	002 18/07/2020 2.568,75							

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VELOXX TRANSPORTES LTDA	0-EMITENTE				14.990.752/0001-51

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALVARENGA PEIXOTO	SAO PAULO	SP	146964519117

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
6	CAIXA			14,580	12,750

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): ABR2090233551900B - Val idade: 30/04/2023	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,96000000	3.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): ABR2090031452000B - Val idade: 30/04/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	17,95000000	897,50	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE905200	EQUIPO GIRASET EG 0623 CT00 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): ABR2090523560920B - Val idade: 30/04/2023	90189099	040	5101	UN	50,0000	16,96000000	848,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%

ATENÇÃO
CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA
Prazo máximo para reclamação 7 dias corridos
a partir da data de recebimento do produto
Samtronic Ind. Com. Ltda

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVICOS	BASE DE CALCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
04911827			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200397517737
ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS-SP. CEP 16.800-000
ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR 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: ... - *** Pedido de Venda: 451366 *** Cotacao Numero: 0807 Valor Aproximado dos Tributos: R$ 1376.50 (26.79%). Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/5/20
ASS. Isabel C. de Sena

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.11
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
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	05/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	18/06/2020
VALOR DO INSS	1.446,77
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	1.446,77

DOCUMENTO: 061801
AUTENTICACAO SISBB: E.220.FE4.58D.AA0.1B5

******** VIA EMPREGADOR ********

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.11
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
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	05/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	18/06/2020
VALOR DO INSS	1.446,77
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	1.446,77

DOCUMENTO: 061801
AUTENTICACAO SISBB: E.220.FE4.58D.AA0.1B5

******** VIA CONTRIBUINTE ********

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

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 45.349.461/0008-89
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08
JARDIM ARIANO
LINS SP
CEP 16400-400

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	19/06/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
4 - COMPETÊNCIA	05/2020
5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS	1.446,77
7 -	
8 -	
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
11 - TOTAL	1.446,77

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia CONTRIBUINTE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS
SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP

PREVIDÊNCIA SOCIAL

GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS

1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO
CNPJ 45.349.461/0008-89
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08
JARDIM ARIANO
LINS SP
CEP 16400-400

2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 19/06/2020

ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.

3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO 2305
4 - COMPETÊNCIA 05/2020
5 - IDENTIFICADOR 45.349.461/0008-89
6 - VALOR DO INSS 1.446,77
7 -
8 -
9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES 0,00
10 - ATM/MULTA E JUROS 0,00
11 - TOTAL 1.446,77

AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA

1ªVia-INSS -2ªVia 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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

18106
211

PJ: 45.349.461/0008-89
Título: Folha Mensal
Competência: 05/2020

Emissão: 03/06/2020
Horas: 21:19:06

Empregados

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor
EMPREGADOS							
2329	ALCIONE BOGAZ	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	3.271,91	0,00	0,00	0,00	9,69	317,00
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.199,03	0,00	0,00	0,00	9,59	306,79
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.869,78	0,00	0,00	0,00	8,16	152,60
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,16	252,51
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.831,55	0,00	0,00	0,00	9,23	261,41
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.854,25	0,00	0,00	683,38	8,15	151,20
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.606,71	0,00	0,00	1.606,71	8,02	128,92
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.869,95	0,00	0,00	0,00	8,16	152,61
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.689,17	0,00	0,00	0,00	8,07	136,34
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.830,34	0,00	0,00	0,00	8,14	149,05
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
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	1.446,04	0,00	0,00	0,00	7,92	114,46
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.627,04	0,00	0,00	0,00	8,04	130,75
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.417,82	0,00	0,00	0,00	7,89	111,92
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.417,82	0,00	0,00	0,00	7,89	111,92
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.789,68	0,00	0,00	0,00	8,12	145,39
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	1.789,68	0,00	0,00	0,00	8,12	145,39
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	1.656,31	0,00	0,00	0,00	8,05	133,38
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	2.959,59	0,00	0,00	2.959,59	9,35	276,77
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,16	252,51
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.556,47	0,00	0,00	0,00	7,99	124,40
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.871,29	0,00	0,00	0,00	8,16	152,73
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	1.627,05	0,00	0,00	0,00	8,04	130,75
Empregados:	39	Total:	77.820,38	0,00	0,00	5.249,68	6.696,45
Contribuintes:	0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:	39	Total:	77.820,38	0,00	0,00	5.249,68	6.696,45

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
al	77.820,38	0,00	6.696,45	0,00	0,00	0,00	5.249,68	0,00	1.446,77

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.11
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC SP	
CODIGO DE BARRAS	85690000006 75430064017
	11453494610 00105610152
DATA DO PAGAMENTO	18/06/2020
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	675,43

DOCUMENTO: 061802
AUTENTICACAO SISBB: 4.CA6.532.7AD.310.989

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

Mira

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

1ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	19/06/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	675,43
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	675,43

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL
3374-8438

DARF IRRF 05 2020 UTI MIR ANDOPOLIS

DARF válido para pagamento até 19/06/2020

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85690000006-3 75430064017-6 11453494610-7 00105610152-8

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

Aprovado pela IN/RFB nº 736/2007

2ª Via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/05/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06 DATA DE VENCIMENTO	19/06/2020
07 VALOR DO PRINCIPAL	675,43
08 VALOR DA MULTA	0,00
09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
10 VALOR TOTAL	675,43

01 NOME / TELEFONE
ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL
3374-8438

DARF IRRF 05 2020 UTI MIR ANDOPOLIS

DARF válido para pagamento até 19/06/2020

Domicílio tributário do contribuinte:
LINS

NÃO RECEBER COM RASURAS

Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4

85690000006-3 75430064017-6 11453494610-7 00105610152-8

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

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

18/06 1

2 11

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

ıdigo	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
íodo: 01/05/2020 a 31/05/2020									
'REGADOS									
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 04/20	3.128,09	296,99	379,18	2	7,50	142,80	41,09
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 04/20	3.198,52	306,72	0,00	0	15,00	354,80	78,97
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 04/20	2.805,32	258,26	189,59	1	7,50	142,80	34,01
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 04/20	3.016,88	283,65	0,00	0	7,50	142,80	62,19
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 04/20	3.257,41	314,97	189,59	1	7,50	142,80	63,66
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 04/20	2.959,59	276,77	0,00	0	7,50	142,80	58,41
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 04/20	2.794,48	256,96	0,00	0	7,50	142,80	47,51
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 04/20	4.620,04	505,73	0,00	0	22,50	636,13	289,59
		Total:	25.780,33	2.500,05					675,43
)regados:	8 Estagiários: 0 Contribuintes: 0	Total:	25.780,33	2.500,05	758,36				675,43
al Geral:									
)regados:	8 Estagiários: 0 Contribuintes: 0	Total:	25.780,33	2.500,05	758,36				675,43

Resumo Geral IRRF

ód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.		Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos		04/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal	04/2020	0,00	21.202,33	0,00	21.202,33	0,00
0588	Mensal	04/2020	0,00	1.407,58	0,00	1.407,58	0,00
Totalizador				22.609,91	0,00	22.609,91	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.11
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85620000050 64930064017
	11453494610 00159520152
DATA DO PAGAMENTO	18/06/2020
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	5.064,93

DOCUMENTO: 061803
AUTENTICACAO SISBB: 7.478.062.BA7.588.01A

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

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01	NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	
	DARF válido para pagamento até 19/06/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP **NÃO RECEBER COM RASURAS**	
02	PERÍODO DE APURAÇÃO	**31/05/2020**
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	**45.349.461/0001-02**
04	CÓDIGO DA RECEITA	**5952**
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	**19/06/2020**
07	VALOR PRINCIPAL	**5.064,93**
08	VALOR DA MULTA	**0,00**
09	VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	**0,00**
10	VALOR TOTAL	**5.064,93**
11	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

SicalcWeb versão 1.7.69.6643 — 11/06/2020 12:24:08

85620000050-8 64930064017-8 11453494610-7 00159520152-4



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01	NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	
	DARF válido para pagamento até 19/06/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP **NÃO RECEBER COM RASURAS**	
02	PERÍODO DE APURAÇÃO	**31/05/2020**
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	**45.349.461/0001-02**
04	CÓDIGO DA RECEITA	**5952**
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	**19/06/2020**
07	VALOR PRINCIPAL	**5.064,93**
08	VALOR DA MULTA	**0,00**
09	VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	**0,00**
10	VALOR TOTAL	**5.064,93**
11	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

SicalcWeb versão 1.7.69.6643 — 11/06/2020 12:24:08

85620000050-8 64930064017-8 11453494610-7 00159520152-4



Convênio nº 6107/2017
Termo Aditivo nº 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
27/04/2020	45801	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 1.523,24	R$ -	R$ 22,85	R$ 70,83		R$ 93,68	R$ 1.429,56
21/05/2020	286	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$ 108.923,24**	**R$ -**	**R$ 1.633,85**	**R$ 5.064,93**	**R$ -**	**R$ 6.698,78**	**R$ 102.224,46**

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.11
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	85630000016 33850064017
	11453494610 00117080152
DATA DO PAGAMENTO	18/06/2020
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	1.633,85

DOCUMENTO: 061804
AUTENTICACAO SISBB: 2.827.80B.8CD.B1F.BCC

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

Mina

Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

1ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01	NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	
	DARF válido para pagamento até 19/06/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP **NÃO RECEBER COM RASURAS**	
02	PERÍODO DE APURAÇÃO	**31/05/2020**
03	NÚMERO DO CPF OU CNPJ	**45.349.461/0001-02**
04	CÓDIGO DA RECEITA	**1708**
05	NÚMERO DE REFERÊNCIA	
06	DATA DE VENCIMENTO	**19/06/2020**
07	VALOR PRINCIPAL	**1.633,85**
08	VALOR DA MULTA	**0,00**
09	VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	**0,00**
10	VALOR TOTAL	**1.633,85**
11	AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

SicalcWeb versão 1.7.69.6643 — 11/06/2020 11:55:38

85630000016-8 33850064017-6 11453494610-7 00117080152-4



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

DARF

01 NOME / TELEFONE
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

DARF válido para pagamento até 19/06/2020
Domicílio tributário informado: LINS - SP
NÃO RECEBER COM RASURAS

02 PERÍODO DE APURAÇÃO 31/05/2020
03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ 45.349.461/0001-02
04 CÓDIGO DA RECEITA 1708
05 NÚMERO DE REFERÊNCIA
06 DATA DE VENCIMENTO 19/06/2020
07 VALOR PRINCIPAL 1.633,85
08 VALOR DA MULTA 0,00
09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69 0,00
10 VALOR TOTAL 1.633,85
11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)

SicalcWeb versão 1.7.69.6643 — 11/06/2020 11:55:38

85630000016-8 33850064017-6 11453494610-7 00117080152-4



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

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
27/04/2020	45801	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R$ 1.523,24	R$ -	R$ 22,85	R$ 70,83		R$ 93,68	R$ 1.429,56
21/05/2020	286	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$ 108.923,24**	**R$ -**	**R$ 1.633,85**	**R$ 5.064,93**	**R$ -**	**R$ 6.698,78**	**R$ 102.224,46**

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

22/06/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:30:00
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 22/06/2020
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 B.0BA.2CC.D64.C51.350

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
2016
Data de Emissão
01/06/2020
Data e Hora da Competência
01/06/2020 às 14:19:07
Código de Verificação
1596-4755-0764

PRESTADOR DE SERVIÇOS

SEM IMAGEM

CNPJ	12.119.494/0001-07	Cód. Mobiliário	100166	Insc. Mun.	100166
Nome	TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA			IE	419065626119
Logradouro	RUA-ALVARES DE AZEVEDO			Número	60
Bairro	JARDIM PINHEIRO			CEP	16400-580
Município	LINS			UF	SP
Situação	Optante do Simples Nacional				
Telefones	(14) 3532-3506				
E-Mail's					

Autenticação

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	45.349.461/0001-02	IE	ISENTO
Inscrição Mun.	104244	Cód. Mobiliário	104244
Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
E-mail	jvalentim@ahbb.org.br;	Telefone	contabilidade2@ahbb.org.br
Inf. Comp.			
Logradouro	AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES	Número	303
Bairro	JARDIM ARIANO	CEP	16400-400
Município	LINS	UF	SP
Complemento	SALA 03	País	BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
58	SERVIÇOS DE SST	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: 20/06/2020

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

TRIBUTOS

PIS (R$)	COFINS (R$)	INSS (R$)	IR (R$)	CSLL (R$)	Outras Retenções (R$)	Outros Tributos (R$)
CIDE (R$)	IOF (R$)	IPI (R$)	ICMS (R$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R$ 934,00

Atividade
3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Operação
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Deduçao de Materiais/Equipamentos
Não

Responsável pelo imposto
Prestador dos Serviços

22/06/1
2 11

Situação da Nota Fiscal
Simples Nacional

Local do Serviço
Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cálc. (R$)	Vlr. Total das Deduções (R$)	Vlr. Total Retido (R$)	Vlr. do ISS (R$)
4,5500	934,00	0,00	0,00	42,50

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R$ 934,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTA/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA CNPJ: 12.119.494/0001-07

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º **2016** emitida em **01/06/2020** às **14:19:07** - Cód Verif **1596-4755-0764**
Condições de Pagamento: Vencimento: 01/06/2020 Valor Total R$ **934,00** Valor Liquido R$ **934,00**

Ass: _____ em ____/____/_____,
Assinatura do Destinatário/Tomador do(s) Serviço(s) Data da Assinatura

22/06/2020 - BANCO DO BRASIL - 14:30:00
679006790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

==========

DATA DA TRANSFERENCIA 22/06/2020
NR. DOCUMENTO 550.448.000.007.505
VALOR TOTAL 153,00
****** TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: BANZAY TELEC INF LTDA
AGENCIA: 0448-0 CONTA: 7.505-1
NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

==========

NR.AUTENTICACAO 9.838.1BB.A97.2A6.BDB

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

25/26 Nino medopolis

Recebemos de BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATICA LTDA ME os produtos constantes na Nota Fiscal indicada ao lado. Destinatário: Associacao Hospitalar Beneficente do Brasil - Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 - Jardim Ariano - Lins/SP

Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do Recebedor

Data de Emissão: 10/06/2020

Valor Total da Nota: 118,00

NFe Nº 0000006075
Série 001

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0 — 1
N 0000006075
Série 001
Folha 1/1

Controle do Fisco

Chave de Acesso
3520 0604 6326 7000 0181 5500 1000 0060 7514 2822 7296

Consulta de autenticidade do portal nacional da NFe www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Protocolo de Autorização
135200471966837 - 10/06/2020 - 13:22:02

CNPJ/CPF
04.632.670/0001-81

BANZAY TELECOMUNICACOES E INFORMATICA LTDA ME - BANZAY
Rua NACOES UNIDAS, 325 - - CENTRO
16800-000 - Mirandopolis - SP - Fone/Fax: 18 3701 3033

Natureza de Operação: VENDA DE MERCADORIA COM SUBST. TRIBUTARI

Inscrição Estadual: 449067176112

Inscrição Estadual Sub. Tributária:

Destinatário / Remetente

Nome/Razão Social: Associacao Hospitalar Beneficente do Brasil

CNPJ/CPF: 45.349.461/0001-02

Data de Emissão: 10/06/2020

Endereço: Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 -

Bairro/Distrito: Jardim Ariano

CEP: 16400-400

Data Saída/ Entrada: 10/06/2020

Município: Lins

Fone:

UF: SP

Inscrição Estadual:

Hora Saída/Entrada: 13:18:00

Fatura

Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor	Nº da duplicata	Vencimento	Valor
001	20/06/2020	118,00												

Cálculo dos Impostos

Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base Cálc. do ICMS Subs.	Valor do ICMS Subs.	Valor Aprox. dos Trib. (IBPT)	Valor Total dos Produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	23,05	118,00

Valor do Frete	Valor do Seguro	Desconto	Out. Desp. Acessor.	Valor do IPI	Valor Deson.	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	118,00

Transportador / Volumes Transportados

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Transporte				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Líquido

Dados dos Produtos

Cód. Prod.	Descrição dos Produtos	NCM/SH	CST CSOSN	CFOP	Med.	Quantidade	Vlr. Unitário	Vlr. Desconto	Vlr. Total	BC Icms	Vlr. Icms	Vlr. IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI	Vlr Aprox dos Trib.
1777	TONER COMPATIVEL SAMSUNG MLT-D101 2165	84439933	5500	5405	UN	1,0000	118,0000	0,00	118,00	0,00	0,00	0,00	0,00		23,05

Dados Adicionais

Informações Complementares

I-DOC.EMITIDO P/ME OU EPP OPTANTE P/SIMPLES NACIONAL II-NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI
Trib Aprox. R$ 8,89 Fed - R$ 14,16 Est - R$ 0,00 Mun / Fonte:IBPT/empresome 0C3829

Informações Adicionais do Fisco

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

21061

211

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
1015
Código de Verificação de Autenticidade
VC04FRY9P
Data e Hora de Emissão da NFS-e
10/06/2020 às 13:24:17
Chave de Acesso
31541526PESHC5T3UFMHMWCZX6GBW35

Para certificação da autenticidade acesse http://138.0.140.18:5660/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**MIRANDOPOLIS-SP**	**MIRANDOPOLIS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				10/06/2020

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**03 - Sobre Faturamento**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

Banzay
TELECOMUNICAÇÕES E INFORMÁTICA

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
04.632.670/0001-81	**449067176112**	**54000478**	**000011512**	BANZAY TELEC INFORMATICA LTDA ME

Logradouro	Complemento	Bairro
DAS NACOES UNIDAS, 325		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDÓPOLIS-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02	**ISENTO**		**Associação Hospitalar Beneficente do Brasil**

Logradouro	Complemento	Bairro
Av Jose Ariano Rodrigues, 303		**Jardim Ariano**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16400-400	**LINS - SP**		

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA	35,00	R$ 35,00

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

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: **01.07**

Construção Civil

	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Suporte técnico em informática, inclusive instalação, configuração e manutenção de programas	**2,17%**	**0000010000007**			

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 35,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 35,00**	**R$ 0,76**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 35,00

Val. Aprox. Tributos: Federal (3,61%) R$1,26 Estadual (6,08%) R$2,13 Municipal (2,79%) R$0,98

Informações Complementares

I -Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional

RECEBI(EMOS) DE **BANZAY TELEC INFORMATICA LTDA ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **1015** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **VC04FRY9P**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/_____	_____	_____

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

==========

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116205358133021302213581057182920000018990
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	62.201
DATA DE VENCIMENTO	20/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

==========

NR.AUTENTICACAO E.D24.05D.F9E.F2E.31F

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

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 90

Nº 000000010 Emissão: 01/06/2020

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 ISENTO

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	189,90	0,00	189,90

Chave de Codificação Digital

3d56.538a.8c48.4c6c.c8f6.989e.2328.6430

Situação do documento fiscal

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVICOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALIQUOTA ICMS
1	FNET FIBRA EMPRESARIAL 600 (DW400/UP200)	189,90	0,00	0,00

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

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614721831193359400002034312982920000112300
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	62.202
NOSSO NUMERO	6147183119
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	20/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.123,00
VALOR COBRADO	1.123,00

NR.AUTENTICACAO 0.467.549.5D2.BAD.260

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

dupatri HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

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 57940
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0504 0278 9400 0750 5500 1000 0579 4010 0018 2532

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135200357959795 06/05/2020 14:27:53

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)			45.349.461/0001-02	06/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA ENTRADA/SAIDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400		06/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
LINS	1435325198	SP		14:25

FATURA / DUPLICATA

001	20/06/2020	1.123,00			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.123,00	202,14	0,00	0,00	1.123,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.123,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS			SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,20	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
25608	**ENCRISE 20U 10/1ML-BIOLAB (Lote: 10422-57, Qtde: 4, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)**	30043999	000	5102	CX	4	228,0000	912,00	912,00	164,16		18,00	
7195	**ADREN 100/1ML - HIPOLABOR (Lote: D0791-9, Qtde: 1, Dt Val: 31/10/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)**	30049099	000	5102	CX	1	211,0000	211,00	211,00	37,98		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
ntregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 202,14, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 202,14
Pedido: 65708
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/05/2020
ASS.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116205300993021402213581032582920000004000
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	62.203
DATA DE VENCIMENTO	20/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	40,00
VALOR COBRADO	40,00

NR.AUTENTICACAO 6.75B.C9C.988.C59.890

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

NFS-e COMPOSTA POR 1 PÁGINA(S)

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

MUNICÍPIO DE MIRANDÓPOLIS

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Número da NFS-e
38

Código de Verificação de Autenticidade
2O22DQWBF

Data e Hora de Emissão da NFS-e
02/06/2020 às 08:51:24

Chave de Acesso
314115GY06RF4FG3L4GARCT0ZWIFE9I9

Para certificação da autenticidade acesse http://138.0.140.18:5660/issweb, menu consultas e informe os dados desta NFS-e.

Informações Fiscais

Exigibilidade do ISS	Número do Processo	Município de Incidência do ISS	Local da Prestação
Exigível		**MIRANDOPOLIS-SP**	**MIRANDOPOLIS - SP**

Número do RPS	Série do RPS	Tipo do RPS	Data do RPS	Competência
				02/06/2020

Optante Simples Nacional	Incentivo Fiscal	Regime Especial Tributação	Tipo ISS
1 - Sim	**2 - Não**	**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**	**01 - Não Possui ISSQN**

PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Cadastro	Nome/Razão Social
14.508.613/0001-49	**449019473114**	**54001022**	**000014245**	F B BABETO - ME

Logradouro	Complemento	Bairro
RUA NOVE DE JULHO, 784		**CENTRO**

CEP	Cidade	Telefone	E-mail
16800-000	**MIRANDÓPOLIS-SP**		

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ/Documento	RG/Inscrição Estadual	Inscrição Municipal	Nome/Razão Social
45.349.461/0001-02	**ISENTO**		**ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL**

Logradouro	Complemento	Bairro
DRº RAUL DA CUNHA BUENO, 585		**CENTRO**

CEP/Cod.Postal	Cidade/País	Telefone	E-mail
16830-000	**MIRANDOPOLIS - SP**		

Discriminação dos Serviços

Qtde.	Un. Medida	Descrição	Vlr. Unitário	Total
1,00	UN	PONTO ADICIONAL	80,00	R$ 80,00

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

Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS

LC 116/2003: **31.01**

Construção Civil

	Alíquota	Atividade Município	Código CNAE	Código da Obra	Código ART
Serviços técnicos em edificações, eletrônica, eletrotécnica, mecânica, telecomunicações e	**2,00%**	**0000310000001**	**6110803**		

Valor Total dos Serviços	Desconto Incondicionado	Deduções Base Cálculo	Base de Cálculo	Total do ISS	ISS Retido	Desconto Condicionado
R$ 80,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 80,00**	**R$ 1,60**	**2 - Não**	**R$ 0,00**

Retenções de Impostos

PIS	COFINS	INSS	IRRF	CSLL	Outras Retenções
R$ 0,00	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**

Valor Líquido da NFS-e: R$ 80,00

Val. Aprox. Tributos:

Informações Complementares

2x
1-40,15
2-40,00

RECEBI(EMOS) DE **F B BABETO - ME** O SERVIÇO CONSTANTE DA NFS-e DE NÚMERO **38** E CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO **2O22DQWBF**.

Data	CPF/RG	Assinatura
____/____/____	_____	_____

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:11
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614721835373359700002034312482930000030000
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	62.204
NOSSO NUMERO	6147183537
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	21/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	300,00
VALOR COBRADO	300,00

NR.AUTENTICACAO 7.8EB.3A4.39D.FC5.AA1

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

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 58508
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0504 0278 9400 0750 5500 1000 0585 0810 0028 2133

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	135200362744994 07/05/2020 17:02:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)	45.349.461/0001-02	07/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	JARDIM ARIANO	16400-400	07/05/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
LINS	1435325198	SP		16:47

FATURA / DUPLICATA

001 21/06/2020 300,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
300,00	36,00	0,00	0,00	300,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	300,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			0,60	0,60

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
36285	SERINGA GASOMETRIA A-LINE 3ML LL - BD 365060BD 365060 (Lote: 933-0457, Qtde: 100, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)	90183119	200	5102	CX	100	3,0000	300,00	300,00	36,00		12,00	

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

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 Aliq. 12% conf. art. 54inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 36,00, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 36,00
Pedido: 66161
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 8 / 5 / 20
ASS. Rafael C. Faria

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:12
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190614648603071912300001445311482940000266970
BENEFICIARIO:
UNIAO Q F NACIONAL S
NOME FANTASIA:
UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL
CNPJ: 60.665.981/0001-18
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.205
NOSSO NUMERO	6146860307
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.669,70
VALOR COBRADO	2.669,70

NR.AUTENTICACAO 2.D20.CE9.72B.DFC.EC1

Convênio nº 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

Uniao Quimica Farmaceutica Nacional S/A

União Química

RODOVIA FERNAO DIAS - BR 381, S/N
KM 662,5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37550830
Fone: 3534279000 -

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 415848
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1

CHAVE DE ACESSO
3120 0560 6659 8100 0975 5500 1000 4158 4812 0581 5303

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Vend. produção estab.destinada à não contribuinte / Venda m	131203670195020 11/05/2020 23:22:03

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
5257755360375	013013356118	60.665.981/0009-75

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL			45.349.461/0001-02	11/05/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA
AV. DOUTOR ARIANO RODRIGUES SALA 03 303	JARDIM ARIANO	16400-400		11/05/2020
MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA/ENTRADA
[illegible]	5514435275198	SP		23:21:49 -03:00

FATURA / DUPLICATAS

FATURA
Número: 009, Initial, Valor original: 8.090,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Liquido: 8.090,00

001	08/06/2020	2.669,70	002	22/06/2020	2.669,70	003	06/07/2020	2.750,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
8.090,00	970,80	0,00	0,00	0,00	8.090,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.090,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
INTER INTEGRACAO NACIONAL DE TRANSP DE ENCOMENDAS	0 - Remetente				52.134.798/0005-97

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R. JOSE GONCALVES FILHO 571	CONTAGEM	MG	186141331055

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUME			17,494	17,494

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	FORMOTEROL FUMARATO DIIDRATADO AMP F.344798-B1 L.2004784 V.31.03.2022 Q 14.000. Resolução do Senado Federal n.13/17. Número do PTI: 1A6C8A3C-5993-4226-F0DA-B870315C5C0C. Vlr. aprox. Trib.: 2.183,60. PMC: 0,00 Cod. ANVISA: [illegible]	30049069	500	6107	UN	14,0000	500,000000	7.000,00	0,00	7.000,00	840,00	0,00	12,00	
[illegible]	BROVIVE EMU INJ FA F344798C1 CX C/AFP KORML L.A0-0330 V.31.08.2021 Q 14,000. Vlr. aprox. Trib.: 165,00. PMC: 0,00 Cod. ANVISA: [illegible]	30049099	500	6104	UN	10,0000	55,000000	550,00	0,00	550,00	66,00	0,00	12,00	
[illegible]	CRAVINIL COLIN 100MG FA L.2011034 V.31.01.2022 Q 30,000. Vlr. aprox. Trib.: 108,00. PMC: 0,00 Cod. ANVISA: [illegible]	30049099	500	6107	UN	40,0000	18,000000	540,00	0,00	540,00	64,80	0,00	12,00	

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
001. Cobrança: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANALISE, SOLICITAR POR E-MAIL: [illegible]@UNIAOQUIMICA.COM.BR. FATURAR E ENTREGAR URGENTE. Base calculo ICMS:R$ 8.090,00 Valor ICMS partilha: R$ 485,40 ICMS FECP: R$ 0,00. Num. pedido cliente: URGENTE. Ordem de venda: [illegible]. Remessa: 0080181468. Documento de transporte: 0810038617.	AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 20/05/2020 ASS.

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:12
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100805762176582940000050073
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	62.206
NOSSO NUMERO	17115360000805762
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	22/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	500,73
VALOR COBRADO	500,73

NR.AUTENTICACAO 3.1CC.510.8D8.3E2.AC9

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

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA [1]

Nº. 1294744 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0567 7291 7800 0491 5500 1001 2947 4417 3320 8444

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO		135200363386656 07/05/2020 20:56:07
INSCRIÇÃO ESTADUAL	**INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO**	**CNPJ**
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			45.349.461/0001-02	07/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO		16400-400	07/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1836591243	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1294744/1	22/06/2020	500,73						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
500,73	90,13	0,00	0,00	500,73

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	500,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,07083	10,399	10,399

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB951 Q: 10,0000 F: 30/05/19 V: 30/04/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	19,852	198,52	198,52	35,74	0,00	18,00	0,00
031378	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (CRISTALIA) L: A12206P Q: 4,0000 F: 19/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	4,00	26,433	105,73	105,73	19,03	0,00	18,00	0,00
030876	RETINOL ACETATO,10.000UI, AMINOACIDOS 25 (CRISTALIA/LATIN) L: 20010741 Q: 2,0000 F: 08/01/20 V: 08/01/2022	30049059	000	5102	TB	2,00	9,9858	19,97	19,97	3,59	0,00	18,00	0,00
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 0420 Q: 2,0000 F: 01/04/20 V: 01/04/2025	52030000	000	5102	RO	2,00	10,7404	21,48	21,48	3,87	0,00	18,00	0,00
030822	COMPRESSA DE GAZE 13F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 2003 Q: 2.500,0000 F: 01/03/20 V: 30/03/2025	30059090	000	5102	PC	2.500,00	0,0319	79,75	79,75	14,35	0,00	18,00	0,00
031049	MONITOR (MEDLEVENSOHN) L: 12360367 Q: 1,0000 F: 30/12/18 V: 30/12/2020	90278099	200	5102	PC	1,00	8,69	8,69	8,69	1,56	0,00	18,00	0,00
027296	COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (DESCARBOX) L: 4362 Q: 20,0000 F: 01/04/20 V: 30/04/2025	48191000	000	5102	PC	20,00	3,3295	66,59	66,59	11,99	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandopolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 08/05/2020 Pedido: 1613143 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1613143 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Municipio: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 8 / 5 / 20
ASS. Isabel C. de Lima

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:12
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091447349701046482950000092646
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	62.207
DATA DE VENCIMENTO	23/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	926,46
VALOR COBRADO	926,46

NR.AUTENTICACAO A.380.EA4.304.5F7.97C

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

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

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 84221
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0842 2110 0049 3730

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	Venda de Merc.Adq.de Terc.
PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO	135200420107997 26/05/2020 15:35:04
INSCRIÇÃO ESTADUAL	188.070.970.117
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	
CNPJ	11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02
DATA DA EMISSÃO	26/05/2020		
ENDEREÇO	AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	BAIRRO/DISTRITO	JARDIM ARIANO
CEP	16400-400	DATA ENTRADA/SAIDA	26 MAI 2020
MUNICÍPIO	LINS	FONE/FAX	1435325198
UF	SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
HORA DA SAIDA			

FATURA / DUPLICATA

001	23/06/2020	926,46

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
926,46	152,93	0,00	0,00	926,46

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	926,46

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXA			11,96	11,96

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
23293	DIPIRONA(SANTIDOR) 1G 10-0AMP 2ML IM/IV-SANTISA LT 11504720 (1) 02/2022 'Fornecedor: 931, Lote: 11504720, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 01/02/2022)	30039099	000	5102	CX	1	64,2000	64,20	64,20	11,56		18,00	
28638	HEPARINOX SD 60MG 02 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A12206P (3) 05/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A12206P, Qtde: 3 ,Data Fab: 19/06/2-019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	500	5102	CX	3	57,2167	171,65	171,65	30,90		18,00	
6830	AGUA P/ INJEÇAO 200AMP 10ML PL-ISOFARMA LT 0030043 (1) 03/2023 (Fornecedor: 2143, Lote: 0030043, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/03/202-0, Data Val: 10/03/2023)	30049099	000	5102	CX	1	87,0200	87,02	87,02	15,66		18,00	
7234	BICARBONATO SODIO 8,4% 20-0AMP 10ML PL-SAMTEC LT BEY (1) 03/2022 (Fornecedor: 15842, Lote: BEY, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 31/03/20-22)	30049099	000	5102	CX	1	119,8800	119,88	119,88	21,58		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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R5V3R1N2V1R1V1||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . ..
Pedido: 84312
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27 / 5 / 2020
ASS. [signature]

MERCADORIA AVARIADAS 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 84221
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0842 2110 0049 3730

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200420107997 26/05/2020 15:35:04

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
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	19,4800	38,96	38,96	7,01		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	19,1450	38,29	38,29	6,89		18,00	
13099	SULF.MORFINA(A1) 10MG/ML 10-0AMP 1ML GEN-HIPOLABOR (PORT.344/98) LT AZ-006/19 (1) 11/2021 (Fornecedor: 189-8, Lote: AZ-006/19, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	000	5102	CX	1	221,0000	221,00	221,00	26,52		12,00	
24930	SINVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20044-11 (2) 02/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2004411, Qtde: 2 ,Data Fab: 27/02/2020, Data Val: 27/02/2022)	30039069	000	5102	CX	2	4,8250	9,65	9,65	1,16		12,00	
11929	CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 10-0ML-PRATI DONADUZZI LT 20A08D (10) 01/2022 (Fornecedor: 9706, Lote: 20A08D, Qtde: 10 ,Data Fab: 13/01/2020, Data Val: 13/01/20-22)	30049099	500	5102	FR	10	1,8700	18,70	18,70	3,37		18,00	
14076	SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 20D10450D (1) 04/2022 (Fornecedor: 238-5, Lote: 20D10450D, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30039099	000	5102	CX	1	83,3700	83,37	83,37	15,01		18,00	
5584	AC.TRANEXAMICO(TRANSAMIN)5AMP 5ML-NIKKHO LT 1019.006 (4) 10/2021 (Fornecedor: 1064, Lote: 1019.006, Qtde: 4 ,Data Fab: 25/10/-2019, Data Val: 31/10/2021)	30039099	500	5102	CX	4	17,6100	70,44	70,44	12,68		18,00	
17752	ISOSSORBIDA MONO. 20MG 30CP GEN-ZYDUS NIKKHO LT M901893 (1) 12/2020 (Fornecedor: 7932, Lote: M901893, Qtde: 1 ,Data Fab: 13/01/2019, Data Val: 31/12/2020)	30049059	200	5102	CX	1	3,3000	3,30	3,30	0,59		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 Brand Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:12
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091459458801046882980000103722
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	62.208
DATA DE VENCIMENTO	26/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	22/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.037,22
VALOR COBRADO	1.037,22

NR.AUTENTICACAO D.266.CA4.F99.E23.B42

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

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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA [1]

Nº 85389
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0853 8910 0057 5040

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de Merc.Adq.de Terc.	135200432901067 29/05/2020 15:01:10

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)	45.349.461/0001-02	29/05/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03	JARDIM ARIANO	16400-400	29 MAIO 2020

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

FATURA / DUPLICATA

001 26/06/2020 1.037,22

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
1.037,22	127,90	0,00	0,00	1.037,22

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	1.037,22

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	0 - DO EMITENTE				01125797000701

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	SAO PAULO	SP	149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXA			1,05	1,05

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
17458	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HYPO-FARMA LT 20040664 (2) 04/2022 (Fornecedor: 131, Lote: 20040664, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30039099	000	5102	CX	2	490,0000	980,00	980,00	117,60		12,00	
28638	HEPARINOX SD 60MG 02 SERINGAS IV/SC-CRIS LC A12206P (1) 05/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A12206P, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/06/2-019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	500	5102	CX	1	57,2200	57,22	57,22	10,30		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1||
Pedido: 84466
DESCONTO DE R$ 0,10 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
ACRESCIMO FINANCEIRO DE R$ 0,10 JA INCLUIDO NO PRECO UNITARIO
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario : COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobranca: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 02/06/2020
ASS.

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.12
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
==========
FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R$ 100.794,90
DEBITO EM: 22/06/2020
==========
DOCUMENTO: 062209
AUTENTICACAO SISBB: B.548.B8E.EC3.55D.E59

Convênio nº 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

Mia

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da NFS-e
295

Data e Hora da Emissão	22/06/2020 10:15:31	Competência	22/6/2020	Código de Verificação	ORV6PZROH
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	(16)3419-8647	e-mail	fiscal@mccassessoria.com.br

Tomador de Serviço

Razão Social/Nome	ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CNPJ/CPF	45.349.461/0001-02	Inscrição Municipal		Município	LINS - SP
Endereço e CEP	AVENIDA JOSÉ ARIANO RODRIGUES ,303 - JARDIM ARIANO CEP: 16400-400				
Complemento	SALA 03	Telefone		e-mail	contabilidade2@ahbb.org.br

Discriminação do Serviço

Serviços Médicos Prestados na unidade de terapia intensiva - UTI do HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" de MIRANDÓPOLIS/SP
Plantonistas Coordenação/Diaristas

Convênio 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Referente Maio de 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

Código do Serviço / Atividade

7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente

Detalhamento Específico da Construção Civil

Código da Obra		Código ART	

Tributos Federais

PIS (R$)	698,10	COFINS (R$)	3.222,00	IR (R$)	1.611,00	INSS (R$)		CSLL (R$)	1.074,00

Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço		Outras Informações	Cálculo do ISSQN devido no Município	
Valor do Serviço R$	107.400,00	Natureza Operação	Valor do Serviço R$	107.400,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1-Tributação no município	(-) Deduções Permitidas em Lei	0,00
(-) Desconto Condicionado	0,00	Regime Especial Tributação	(-) Desconto Incondicionado	0,00
(-) Retenções Federais	6.605,10	0-Nenhum	Base de Cálculo	107.400,00
(-) Outras Retenções	0,00	Opção Simples Nacional	(x) Alíquota %	2,00
(-) ISSQN Retido	0,00	2 - Não	ISSQN a Reter	( ) Sim (X) Não
(=) Valor Liquido R$	100.794,90	Incentivador Cultural	(=) Valor do ISSQN R$	2.148,00
		2-Não		

Avisos	1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://SaoCarlos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.

22/06/20
211

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:12
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090224871700700022173173183020000027534
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	62.901
NOSSO NUMERO	22487170000022173
CONVENIO	02248717
DATA DE VENCIMENTO	30/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	29/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	275,34
VALOR COBRADO	275,34

NR.AUTENTICACAO 8.E36.EF5.E70.B49.7D1

Convênio nº 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

Mirandópolis

CENTERMAQ
Marília SP

NOTA DE LOCAÇÃO FATURA
Nº 000019820
CENTERMAQ

ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO
Nome / Carimbo / Assinatura

RG:

Data do Recebimento:
__/__/_____

CENTERMAQ
Marília SP

CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA
RUA MARTIN WESTPHAL, 220
17539-006 MARILIA / SP
62.771.316/0001-34
14-3311-7888
contato@centermaq.com
I.E: 438.076.337.119

NOTA DE LOCAÇÃO FATURA
Nº 000019820
Data Emissão 17/06/2020

Nº Fatura	Valor R$	Vencimento
000019820	275,34	30/06/2020

Pagador
ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço
AV JOSE A RODRIGUES 303

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

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso
DUZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS E TRINTA E QUATRO CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/05/202 0 A 16/06/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 1589 COPIAS A R$ 0,060 = R$ 95,34	1	275,34		275,34
		Valor total da nota R$	0,00	275,34

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

BANCO DO BRASIL **001-9** 00190.00009 02248.717007 00022.173173 1 83020000027534

Local de Pagamento
PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO

Vencimento **30/06/2020**

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

Agência / Código Beneficiário: 0141-4/00100131-0

Data do Documento	Número do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento
17/06/2020	000019820/1	DM	N	17/06/2020

Nosso Número: 22487170000022173

Uso do Banco	Carteira	Moeda	Quantidade	Valor
	17	R$		

(=) Valor do Documento: **275,34**

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.)
NAO DISPENSAR JUROS DE MORA
COBRAR JUROS DE R$ 0,37 AO DIA
NAO CONCEDER DESC. PROTESTAR APOS 5 DIAS
MULTA DE 2,00 % A PARTIR DE 30/06/2020

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

(-) Desconto
(-) Outras Deduções / Abatimentos
(+) Mora / Multa / Juros
(+) Outros Acréscimos
(=) Valor Cobrado

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414
AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03
16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP

CPF / CNPJ
45.349.461/0001-02
Código de Baixa
22487170000022173

Pagador/Avalista

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação

29/09
MIVA

05/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:39:12
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000405986801016582990000127600
BENEFICIARIO:
HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE
NOME FANTASIA:
HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE
CNPJ: 02.786.436/0001-83
PAGADOR:
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BR
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	62.902
DATA DE VENCIMENTO	27/06/2020
DATA DO PAGAMENTO	29/06/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.276,00
VALOR COBRADO	1.276,00

NR.AUTENTICACAO D.034.16E.1B9.C66.41C

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

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HUMANA ALIMENTAR DIST MED PROD NUTR LTDA
RUA CUSSY JUNIOR, 13-12
CENTRO - 17015-022
BAURU - SP Fone/Fax: 1433666900

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº. 000.047.528
Série 000
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0502 7864 3600 0183 5500 0000 0475 2813 9179 3864

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

ATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS MERC.AD/REC.TERC	**135200428389973 - 28/05/2020 14:28:25**

ISCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
209248284110		**02.786.436/0001-83**

ESTINATÁRIO / REMETENTE

OME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL			**45.349.461/0001-02**	**28/05/2020**
NDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP		DATA DA SAÍDA/ENTRADA
UA 7 DE SETEMBRO, 529	**CENTRO**	**16200-000**		**28/05/2020**
UNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
ILAC	**SP**	**1435325198**		**14:27:42**

ATURA / DUPLICATA

um.	001
enc.	27/06/2020
alor	R$ 1.276,00

ÁLCULO DO IMPOSTO

ASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTO
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0, 00	0, 00	0,00	1.276,0
ALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**V. ICMS UF DEST.**	**V. TOT. TRIB.**	**VALOR DA COFINS**	**V. TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0, 00	401,94	0,00	1.276,0

RANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

OME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
IKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTES	**(0) Emitente**				**15.066.184/0001-60**
NDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
UA MARIA CERON VOLPE, 2260	**SAO JOSE DO RIO PRETO**			**SP**	**647598751114**

UANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CX			8,000	8,00

ADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

ÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. I
53	KABIVEN 900 KCAL / 1026 ML Lote 10ND6626 Val 30-03-21 Qtd 2,00||Vlr aprox. tributos RS 178,92 (31,5000%. Conf.Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	260	5405	UN	2,0000	284,0000	568,00	0, 00	0, 00		0, 00	
54	KABIVEN 1900 KCAL / 2053 ML Lote 10NH2091 Val 30-07-21 Qtd 2,00||Vlr aprox. tributos RS 223,02 (31,5000%. Conf.Lei 12741/2012. CHAVE 1 Fonte 1	30049099	260	5405	UN	2,0000	354,0000	708,00	0, 00	0, 00		0, 00	

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

ADOS ADICIONAIS

NFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

nf. Contribuinte: .PEDIDO HUMANA ALIMENTAR MATRIZ - ASSOC. HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL. OLICITADO POR:SILMARA. DIGITADO POR: MARIA EDUARDA. UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017. LOCAL E ENTREGA: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS. MONTADO E FAT POR LUCAS |. Email do estinatário: ebatista@ipdh.org.br
ncUSerEmis: BRU-EXP04
ncUSerEnvio: BRU-EXP04
ncPROGRAM: NOT128
ncDBName: 192.168.1.12:Sinc
alor Aproximado dos Tributos : R$ 401,94

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29 / 5 / 2020
ASS. _____

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
05/07/2020 - AUTOATENDIMENTO - 15.39.12
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: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0258-5 - GUARACAI
CONTA: 11.286-0

FAVORECIDO: VERA LUCIA ALARCON GONCALVES
CPF/CNPJ: 02.045.036/0001-17
VALOR: R$ 970,10
DEBITO EM: 29/06/2020

==========

DOCUMENTO: 062903
AUTENTICACAO SISBB: E.D87.971.AEE.DE1.484

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

RECEBEMOS DE VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.000.534
SÉRIE: 0

VERA LUCIA ALARCON GONCALVES ME
RUA PRESIDENTE VARGAS 788
CENTRO - CEP 16980000
GUARACAI - SP
Fone/Fax:1837051758

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

Saída: 1
Entrada: 0

1

Nº 000.000.534
SÉRIE: 0
Página 1 de 2

CHAVE DE ACESSO

3520 0502 0450 3600 0117 5500 0000 0005 3419 4705 4019

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA	135200435671943 30/05/2020 13:43:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ
326062600110		02045036000117

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
1299 - ASSOC. HOSPITALAR BENEF DO BRASIL (8149)			45349461000102	30/05/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**	**CEP**		**DATA DE SAÍDA/ENTRADA**
AV. JOSE ARIANO RODRIGUES 303	JARDIM ARIANO	16400400		30/05/2020
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
LINS	1435325198	SP		13:43:11

FATURA

001 30/06/2020 970,10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	970,10

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	970,10

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
	9-Sem Ocorrência de Transporte				

ENDEREÇO	MUNICIPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7897042010431	HIDRATANTE SKALA LOVE INTENSE (L) Val Aprox Tributos R$ 4,47 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	2	5,80	0,00	11,60	0,00	0,00	0,00		
7897042005833	LOCAO HIDRAT SKALA PROT LEITE (L) Val Aprox Tributos R$ 17,89 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	8	5,80	0,00	46,40	0,00	0,00	0,00		
7897042008735	LOCAO HIDRAT SKALA LAVANDA (L) Val Aprox Tributos R$ 13,42 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	6	5,80	0,00	34,80	0,00	0,00	0,00		
7897042005222	LOCAO HIDRAT SKALA ROSAS (L) Val Aprox Tributos R$ 11,18 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	5	5,80	0,00	29,00	0,00	0,00	0,00		
7897042007141	HIDRATANTE SKALA AMENDOAS DOCE (L) Val Aprox Tributos R$ 13,42 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	6	5,80	0,00	34,80	0,00	0,00	0,00		
7897042012930	LOCAO HIDRAT SKALA LIMAO SICIL (L) Val Aprox Tributos R$ 2,24 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	1	5,80	0,00	5,80	0,00	0,00	0,00		
7897042013715	LOCAO HIDRAT SKALA COCO 500ML (L) Val Aprox Tributos R$ 8,94 (38,55%) Fonte:	33072090	0500	5405	UN	4	5,80	0,00	23,20	0,00	0,00	0,00		
7898615310965	MASCARA DE PROTECAO PFF2 N 95 (L) Val Aprox Tributos R$ 227,55 (30,75%) Fonte:	63079010	0102	5102	UND	20	37,00	0,00	740,00	0,00	0,00	0,00		
7896206407384	SUCC DE METOPROLOL 50MG C/30 (+) Val Aprox Tributos R$ 7,49 (26,75%) Fonte:	30049039	0500	5405	UN	1	28,00	0,00	28,00	0,00	0,00	0,00		

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135200435671943

Trib aprox R$: 309,69 Fed 0,00 Est 0,00 Mun Fonte: Tributos Totais Incidentes (Lei Fed 12.741/2012): R$ 309,69 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS

29/06/

Mma

Ref mês 02,03,04,05

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/06/2020
ASS.

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD/SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. DESC.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7896714234212	TENSALIV 5MG C/30 COMP (+) Val Aprox Tributos R$ 3,09 (18,75%) Fonte:	30049069	0500	5405	UN	1	16,50	0,00	16,50	0,00	0,00	0,00		

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Número do Protocolo: 135200435671943

Trib aprox R$: 309,69 Fed 0,00 Est 0,00 Mun Fonte: Tributos Totais Incidentes (Lei Fed 12.741/2012): R$ 309,69 DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE IPI. ICMS RECOLHIDO POR SUBSTITUICAO TRIBUTARIA, CONFORME ARTIGO 313-W DO RICMS

RESERVADO AO FISCO

```
30/06/2020    -  BANCO  DO  BRASIL  -   16:31:14
679006790          SEGUNDA VIA              0004
          COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
       DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3          CONTA:            211-9
================================================
DATA DA TRANSFERENCIA                 30/06/2020
NR. DOCUMENTO               553.062.007.004.231
VALOR TOTAL                           477.317,08
******  TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL
AGENCIA: 3062-7          CONTA:     7.004.231-4
NR. DOCUMENTO               556.790.000.000.211
================================================
NR.AUTENTICACAO           D.037.C4F.576.804.FBC
```

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

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

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP8.40 (17/06/2020)

DATA: 17/06/2020
HORA: 18:24:57

COMPROVANTE/PROTOCOLO DE CONFISSÃO DE NÃO RECOLHIMENTO DE VALORES DE FGTS - POR REMUNERAÇÃO

Prezado cliente ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL:45349461000102 - 45.349.461/0001-

Seu arquivo D6pNcM0gFRU00003.SFP contendo registro de confissão de não recolhimento de valores ao FGTS - por remuneração, foi transmitido, via Conectividade Social, para a Caixa Econômica Federal, no dia 17/06/2020, às 18:28:36 h, para a base de processamento FGTS: BU, sob número C3E2D840D9D1D7F24040404040404040D815EA08F0D3C722

Este número é sua garantia do recebimento do arquivo na Caixa Econômica Federal, para posterior tratamento.

N° ARQUIVO: D6pNcM0gFRU0000-3
N° DE CONTROLE: D28so1ACfwp0000-8

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
ENDEREÇO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
BAIRRO: CENTRO
CIDADE: MIRANDOPOLIS
CEP: 17230-000 UF: SP FONE: (0011)3905-6104
COMPETÊNCIA: 04/2020 DATA VALIDADE: 07/05/2020 COD REC: 115
FPAS: 639 SIMPLES: 1

TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

REMUNERAÇÃO FGTS	R$	79.122,07
- FGTS 8%:	R$	79.122,07
TAXA JAM 3%:	R$	79.122,07
TAXA JAM 6%:	R$	0,00
- FGTS 2%:	R$	0,00

QUANTIDADE DE TRABALHADORES: 39

DECLARO DE ACORDO COM O ART. 299 DO CÓDIGO PENAL A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESSE DOCUMENTO E NO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE:

> ***"Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*
> ***Pena** - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular."*

DECLARO, AINDA, ESTAR CIENTE QUE A PRESENTE CONFISSÃO, POR REMUNERAÇÃO, QUANTO AO NÃO RECOLHIMENTO DOS VALORES DEVIDOS AO FGTS, NA FORMA DA LEI 8.036/1990, REGISTRADA NO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE, SE CONTITUI CRÉDITO PASSÍVEL DE INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA, NA AUSÊNCIA DE OPORTUNO RECOLHIMENTO, E CONSEQÜENTE EXECUÇÃO JUDICIAL NOS TERMOS DA LEI N° 6.830/80.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 04/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
SONIA MARIA RIZZO		120.98824.43-4	04/10/2017	01		30/04/2020	J	03222
1.606,71	535,57	535,57	169,08			0,00		0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		30/03/2020	P3	03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			0,00		0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01		13/04/2020	P3	03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			0,00		0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01		14/04/2020	Z5	03222
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		29/03/2020	P3	02235
3.128,09	0,00	0,00	296,99			0,00		0,00
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4	20/10/2018	01		05/04/2020	Z5	02235
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01		16/02/2020	Q1	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		12/04/2020	P3	02234
3.257,41	0,00	0,00	314,97			0,00		0,00
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		17/04/2020	Z5	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		27/04/2020	P3	02234
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		29/04/2020	Z5	02234
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		13/01/2020	Q1	03222
1.863,77	0,00	0,00	152,05			0,00		0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3	04/10/2017	01		16/02/2020	Q1	02235
2.959,59	0,00	0,00	276,77			0,00		0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01		03/04/2020	P3	03222
1.634,47	0,00	0,00	131,42			0,00		0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01		18/04/2020	Z5	03222

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 04/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO		CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO		JAM
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	204.92505.78-5	04/10/2017	01		22/04/2020	P3	03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	204.92505.78-5	04/10/2017	01		23/04/2020	Z5	03222
ALCIONE BOGAZ	128.78920.15-7	16/01/2018	01				03222
1.830,34 / 0,00	0,00	149,05			0,00		0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	133.59258.89-3	04/10/2017	01				02235
3.198,52 / 0,00	0,00	306,72			0,00		0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	180.90148.36-6	04/10/2017	01				03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	125.41159.51-1	04/10/2017	01				03222
1.789,68 / 0,00	0,00	145,39			0,00		0,00
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	160.99087.56-8	23/07/2018	01				03222
1.871,00 / 0,00	0,00	152,71			0,00		0,00
BIANCA CAETANO COSTA	128.98626.17-3	17/01/2018	01				02235
2.805,32 / 0,00	0,00	258,26			0,00		0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE	209.83236.77-6	20/12/2019	01				02235
3.016,88 / 0,00	0,00	283,65			0,00		0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	125.02011.74-6	03/05/2019	01				03222
1.891,35 / 0,00	0,00	154,54			0,00		0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE	203.38786.55-9	04/10/2017	01				04110
1.677,78 / 0,00	0,00	135,32			0,00		0,00
EDILENE MANOEL	209.15153.56-9	04/10/2017	01				03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	126.22542.14-5	04/10/2017	01				03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES	209.15162.89-4	19/02/2020	01				03222
1.606,95 / 0,00	0,00	128,94			0,00		0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO	132.60974.45-7	04/10/2017	01				03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00		0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 04/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL / REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC / BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	207.86720.36-5	04/10/2017	01			04110
1.452,48 / 0,00	0,00	115,04			0,00	0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	169.20547.00-8	04/10/2017	01			04110
1.417,60 / 0,00	0,00	111,90			0,00	0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
1.891,33 / 0,00	0,00	154,53			0,00	0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	203.30629.68-3	04/10/2017	01			03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI	204.89256.27-3	04/10/2017	01			04110
1.451,33 / 0,00	0,00	114,93			0,00	0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI	203.20305.12-5	01/04/2020	01			04110
1.535,86 / 0,00	0,00	122,54			0,00	0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA	204.97661.73-4	25/01/2019	01			03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA	190.47976.86-2	04/10/2017	01			03222
1.891,33 / 0,00	0,00	154,53			0,00	0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	236.45761.69-8	04/10/2017	01			03222
1.606,71 / 0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	127.24425.16-4	04/10/2017	01			02235
2.794,48 / 0,00	0,00	256,96			0,00	0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	126.82653.15-6	04/10/2017	01			04110
2.236,08 / 0,00	0,00	189,95			0,00	0,00
RICARDO DE CARVALHO	125.51156.27-2	04/10/2017	01			03222
1.871,00 / 0,00	0,00	152,71			0,00	0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA	116.26217.35-6	17/09/2019	01			03222
1.891,62 / 0,00	0,00	154,56			0,00	0,00
THAIS BOARETO DA SILVA	134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
4.620,04 / 0,00	0,00	505,73			0,00	0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 04/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA		DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL				
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
1.606,72	0,00	0,00	128,92		0,00	0,00

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

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR					
78.586,50	535,57	535,57	6.810,95	0,00	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: D28so1ACfwp0000-8
Nº ARQUIVO: D6pNcM0gFRU0000-3
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
COMP: 04/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO
CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000
CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	39	78.586,50	535,57	78.586,50	535,57
TOTAIS:	39	78.586,50	535,57	78.586,50	535,57

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

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

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: D28so1ACfwp0000-8 Nº ARQUIVO: D6pNcM0gFRU0000-3
COMP: 04/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	78.586,50
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	535,57
QUANTIDADE TRABALHADORES	39

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

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: D28so1ACfwp0000-8 Nº ARQUIVO: D6pNcM0gFRU0000-3
COMP: 04/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

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

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	380.88	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	6.810.95
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	6.430.07	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: PERÍODO FINAL: VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

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

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0.00	20 ANOS:	4.620.04	25 ANOS:	0.00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	1	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	1	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	7	Q1:	3	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0
U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	6

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

FGTS
FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP8.40 (20/06/2020)

DATA: 20/06/2020
HORA: 16:59:26

COMPROVANTE/PROTOCOLO DE CONFISSÃO DE NÃO RECOLHIMENTO DE VALORES DE FGTS - POR REMUNERAÇÃO

Prezado cliente ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL:45349461000102 - 45.349.461/0001-

Seu arquivo IP1doqYBtdH00007.SFP contendo registro de confissão de não recolhimento de valores ao FGTS - por remuneração, foi transmitido, via Conectividade Social, para a Caixa Econômica Federal, no dia 20/06/2020, às 17:09:09 h, para a base de processamento FGTS: BU, sob número C3E2D840D9D1D7F24040404040404040D8199DDE04CE8B10

Este número é sua garantia do recebimento do arquivo na Caixa Econômica Federal, para posterior tratamento.

N° ARQUIVO: IP1doqYBtdH0000-7
N° DE CONTROLE: KWWXeJCk7FZ0000-7

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA — INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
ENDEREÇO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
BAIRRO: CENTRO
CIDADE: MIRANDOPOLIS
CEP: 17230-000 UF: SP FONE: (0011)3905-6104
COMPETÊNCIA: 05/2020 DATA VALIDADE: 07/06/2020 COD REC: 115
FPAS: 639 SIMPLES: 1

TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

REMUNERAÇÃO FGTS	R$	77.820,38
- FGTS 8%:	R$	77.820,38
TAXA JAM 3%:	R$	77.820,38
TAXA JAM 6%:	R$	0,00
- FGTS 2%:	R$	0,00

QUANTIDADE DE TRABALHADORES: 39

DECLARO DE ACORDO COM O ART. 299 DO CÓDIGO PENAL A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESSE DOCUMENTO E NO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE:

> ***"Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:*
> ***Pena** - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular."*

DECLARO, AINDA, ESTAR CIENTE QUE A PRESENTE CONFISSÃO, POR REMUNERAÇÃO, QUANTO AO NÃO RECOLHIMENTO DOS VALORES DEVIDOS AO FGTS, NA FORMA DA LEI 8.036/1990, REGISTRADA NO ARQUIVO SEFIP CORRESPONDENTE, SE CONTITUI CRÉDITO PASSÍVEL DE INSCRIÇÃO EM DÍVIDA ATIVA, NA AUSÊNCIA DE OPORTUNO RECOLHIMENTO, E CONSEQÜENTE EXECUÇÃO JUDICIAL NOS TERMOS DA LEI N° 6.830/80.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 05/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO		CBO JAM
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		02/05/2020	P3	03222
1.789,68	0,00	0,00	145,39			0,00		0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		11/05/2020	Z5	03222
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01		20/05/2020	P3	03222
1.869,95	0,00	0,00	152,61			0,00		0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01		21/05/2020	Z5	03222
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		125.41159.51-1	04/10/2017	01		18/05/2020	P3	03222
1.869,78	0,00	0,00	152,60			0,00		0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA		125.41159.51-1	04/10/2017	01		28/05/2020	Z5	03222
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01		16/02/2020	Q1	03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00		0,00
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		07/05/2020	P3	02234
3.257,41	0,00	0,00	314,97			0,00		0,00
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0	03/05/2019	01		08/05/2020	Z5	02234
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		13/01/2020	Q1	03222
1.854,25	0,00	0,00	151,20			0,00		0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01		12/05/2020	Z1	03222
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		160.99087.56-8	23/07/2018	01		04/05/2020	P3	03222
1.850,67	0,00	0,00	150,88			0,00		0,00
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		160.99087.56-8	23/07/2018	01		05/05/2020	Z5	03222
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3	04/10/2017	01		16/02/2020	Q1	02235
2.959,59	0,00	0,00	276,77			0,00		0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01		03/05/2020	P3	03222
1.830,34	0,00	0,00	149,05			0,00		0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 05/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ		204.40341.55-2	04/10/2017	01		04/05/2020 Z5	03222
ALCIONE BOGAZ 1.871,00	0,00	128.78920.15-7 0,00	16/01/2018 152,71	01		0,00	03222 0,00
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS 3.271,91	0,00	125.20024.54-4 0,00	20/10/2018 317,00	01		0,00	02235 0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN 3.199,03	0,00	133.59258.89-3 0,00	04/10/2017 306,79	01		0,00	02235 0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA 1.606,71	0,00	180.90148.36-6 0,00	04/10/2017 128,92	01		0,00	03222 0,00
BIANCA CAETANO COSTA 2.757,41	0,00	128.98626.17-3 0,00	17/01/2018 252,51	01		0,00	02235 0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE 2.831,55	0,00	209.83236.77-6 0,00	20/12/2019 261,41	01		0,00	02235 0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE 1.689,17	0,00	203.38786.55-9 0,00	04/10/2017 136,34	01		0,00	04110 0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA 1.871,00	0,00	124.85513.93-9 0,00	04/10/2017 152,71	01		0,00	03222 0,00
EDILENE MANOEL 1.606,71	0,00	209.15153.56-9 0,00	04/10/2017 128,92	01		0,00	03222 0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES 1.606,71	0,00	126.22542.14-5 0,00	04/10/2017 128,92	01		0,00	03222 0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES 1.606,95	0,00	209.15162.89-4 0,00	19/02/2020 128,94	01		0,00	03222 0,00
GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS 1.446,04	0,00	129.46805.26-5 0,00	04/05/2020 114,46	01		0,00	03222 0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO 1.627,04	0,00	132.60974.45-7 0,00	04/10/2017 130,75	01		0,00	03222 0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS 1.417,82	0,00	207.86720.36-5 0,00	04/10/2017 111,92	01		0,00	04110 0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 05/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13°SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
IZABEL CRISTINA DE SOUZA		169.20547.00-8	04/10/2017	01			04110
1.417,82	0,00	0,00	111,92			0,00	0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA		164.11866.81-4	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS		163.67215.87-6	04/10/2017	01			03222
1.789,68	0,00	0,00	145,39			0,00	0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO		203.30629.68-3	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI		204.89256.27-3	04/10/2017	01			04110
1.451,33	0,00	0,00	114,93			0,00	0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI		203.20305.12-5	01/04/2020	01			04110
1.656,31	0,00	0,00	133,38			0,00	0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA		204.97661.73-4	25/01/2019	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA		190.47976.86-2	04/10/2017	01			03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			0,00	0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA		236.45761.69-8	04/10/2017	01			03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			0,00	0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA		127.24425.16-4	04/10/2017	01			02235
2.757,41	0,00	0,00	252,51			0,00	0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		126.82653.15-6	04/10/2017	01			04110
1.556,47	0,00	0,00	124,40			0,00	0,00
RICARDO DE CARVALHO		125.51156.27-2	04/10/2017	01			03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			0,00	0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA		116.26217.35-6	17/09/2019	01			03222
1.871,29	0,00	0,00	152,73			0,00	0,00
THAIS BOARETO DA SILVA		134.51447.81-8	15/09/2014	01	03		02235
4.620,04	0,00	0,00	505,73			0,00	0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 05/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR		PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA			DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL					
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ		190.08698.55-5	11/06/2019	01			03222
1.627,05	0,00	0,00	130,75			0,00	0,00

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

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR					
77.820,38	0,00	0,00	6.696,45	0,00	0,00

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: KWWXeJCk7FZ0000-7 Nº ARQUIVO: IP1doqYBtdH0000-7
COMP: 05/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

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

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13°	REMUNERAÇÃO 13°	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13° PREV SOC
01	39	77.820,38	0,00	77.820,38	0,00
TOTAIS:	39	77.820,38	0,00	77.820,38	0,00

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

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

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: KWWXeJCk7FZ0000-7 Nº ARQUIVO: IP1doqYBtdH0000-7
COMP: 05/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

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

MODALIDADE : 1-DECLARAÇÃO AO FGTS E À PREVIDÊNCIA

	FGTS - 8%
REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO	77.820,38
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO	0,00
QUANTIDADE TRABALHADORES	39

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

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA Nº DE CONTROLE: KWWXeJCk7FZ0000-7 Nº ARQUIVO: IP1doqYBtdH0000-7
COMP: 05/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

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

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	1.446.77	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA:	6.696.45
SALÁRIO FAMÍLIA:	0.00	RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO:	0.00
SALÁRIO MATERNIDADE:	5.249.68	PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA:	100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL:	0.00	13º SALÁRIO MATERNIDADE:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF:	0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR:	0.00

COMPENSAÇÃO
PERÍODO INICIAL: PERÍODO FINAL: VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR A COMPENSAR: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

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

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA

15 ANOS:	0.00	20 ANOS:	4.620.04	25 ANOS:	0.00
QUANTIDADE:	0	QUANTIDADE:	1	QUANTIDADE:	0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	0	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	0	P3:	6	Q1:	3	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0
U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	1	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	6

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

Mirandópolis - UTI

Winter - Gestão e Consultoria Médica

Julho

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	29/06	**30/06**	**01/07**	**02/07**	**03/07**	**04/07**	**05/07**
Diurno 07:00 19:00			Paulo Mesquita	Cleber Brito	Cleber Brito	Lucas Peron	Lucas Peron
Noturno 19:00 07:00			Paulo Mesquita	Cleber Brito	Lucas Peron	Lucas Peron	Lucas Peron
	06/07	**07/07**	**08/07**	**09/07**	**10/07**	**11/07**	**12/07**
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto	Nathalia Barreto	Lucas Peron	Cleber Brito	Cleber Brito	Nathalia Barreto	Taís Ferreira
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Lucas Peron	Cleber Brito	Bruna Mello	Taís Ferreira	Lucas Peron
	13/07	**14/07**	**15/07**	**16/07**	**17/07**	**18/07**	**19/07**
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto	Nathalia Barreto	Ofélia Takiguchi	Cleber Brito	Cleber Brito	Bruna Mello	Ofélia Takiguchi
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Ofélia Takiguchi	Cleber Brito	Carlos Rocha	Bruna Mello	Lucas Peron
	20/07	**21/07**	**22/07**	**23/07**	**24/07**	**25/07**	**26/07**
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto	Nathalia Barreto	Paulo Mesquita	Cleber Brito	Cleber Brito	Lucas Peron	Lucas Peron
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Paulo Mesquita	Cleber Brito	Bruna Mello	Lucas Peron	Lucas Peron
	27/07	**28/07**	**29/07**	**30/07**	**31/07**	**01/08**	**02/08**

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

Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto	Nathalia Barreto	Paulo Mesquita	Cleber Brito	Cleber Brito		
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha	Carlos Rocha	Paulo Mesquita	Cleber Brito	Lucas Peron		

Nome	Identificação	Contato
Bruna Mello	166864	44991057454
Carlos Eduardo Mendonça da Rocha	112846	18996053566
Cleber Brito	166687	14998815151
Nathalia Barreto	155355	18996915767
Paulo Mesquita Filho	155017	12981420005
Lucas Peron	201072	34092501030
Taís Gaspar Ferreira	193053	18981418206
Ofélia Takiguchi	183719	18981284471

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

D4Sign

5 páginas - Datas e horários baseados em Brasília, Brasil
Sincronizado com o NTP.br e Observatório Nacional (ON)
Certificado de assinaturas gerado em 06 de julho de 2020, 13:56:08

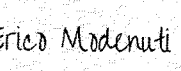
ntp.br

Escala UTI Mirandópolis 07 2020.pdf

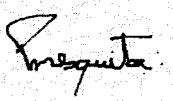
Código do documento c0317c8b-ee13-478f-a8da-57dc2e8b2b98

Assinaturas

ERICO MODENUTI
contato@wintermed.com.br
Assinou



PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO
pfmbfilho@hotmail.com
Assinou



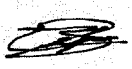
Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou



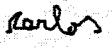
Lucas Antonio Peron
lucasantonioperon@yahoo.com.br
Assinou



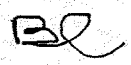
Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou



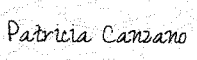
carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou



Bruna Raisa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou



Patricia Canzano Antonio
canzanopaty1@gmail.com
Assinou



Eventos do documento

25 Jun 2020, 16:14:28
Documento número c0317c8b-ee13-478f-a8da-57dc2e8b2b98 **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-06-25T16:14:28-03:00

25 Jun 2020, 16:23:02
Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-06-25T16:23:02-03:00

25 Jun 2020, 17:24:39
ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 189.47.1.226 (189-47-1-226.dsl.telesp.net.br porta: 42162) - Geolocalização: -22.0330412 -47.8838255 -

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

Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-06-25T17:24:39-03:00

25 Jun 2020, 18:32:15
CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fdfd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 138.0.140.159 (138.0.140.159 porta: 62052) - Geolocalização: -21.12498346430811 -51.10309119805827 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-06-25T18:32:15-03:00

25 Jun 2020, 19:25:15
LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 187.17.164.64 (187.17.164.64 porta: 42124) - Geolocalização: -21.433276512239487 -50.08045608966079 - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE_ATOM: 2020-06-25T19:25:15-03:00

25 Jun 2020, 19:34:02
CARLOS EDUARDO MENDONÇA DA ROCHA **Assinou** (Conta 6a869bb9-bf77-4cb5-ab1b-aea9faa05fde) - Email: carlosrocha59@gmail.com - IP: 138.186.39.184 (138.186.39.184 porta: 44236) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-06-25T19:34:02-03:00

26 Jun 2020, 10:23:46
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: 51652) - Geolocalização: -22.75821085943945 -51.82469199380306 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2020-06-26T10:23:46-03:00

27 Jun 2020, 11:36:01
NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 187.119.224.118 (ip-187-119-224-118.user.vivozap.com.br porta: 51516) - Geolocalização: -20.895105117640608 -51.374195965174756 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-06-27T11:36:01-03:00

29 Jun 2020, 10:20:41
PATRICIA CANZANO ANTONIO **Assinou** (Conta 8248a232-8855-4f1a-aa94-46debfd2e499) - Email: canzanopaty1@gmail.com - IP: 177.103.123.159 (177-103-123-159.dsl.telesp.net.br porta: 30432) - Geolocalização: -23.4850338 -46.6953077 - Documento de identificação informado: 330.053.128-44 - DATE_ATOM: 2020-06-29T10:20:41-03:00

29 Jun 2020, 21:09:11
PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) - Email: pfmbfilho@hotmail.com - IP: 45.71.14.193 (45.71.14.193 porta: 53746) - Documento de identificação informado: 220.571.438-48 - DATE_ATOM: 2020-06-29T21:09:11-03:00

Hash do documento original
(SHA256):93c2bc209da8c8cf312928656a133d8ac9c345ced5914b40b2615f6c6d50b515
(SHA512):1acb7a421280ad21b4a7d896983a2e7c0550cc47cb5d01d236a20651291005750bc244d27fc724a5bfb47ded6da51bfaeb0373bbb691309b53600d33caf50fdd

Convênio nº 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

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

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

SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O (A) SR. (A) Ana Paula dos Santos Silva

MATRICULA: 88654A FOI ATENDIDO (A) NO AMBULATÓRIO / PRONTO SOCORRO, DO HOSPITAL ESTADUAL DE MIRANDÓPOLIS, NO DIA 02/07/2020, NO HORÁRIO DAS 22:10 ÀS 23:40 HORAS, NECESSITANDO DE 14 (quatorze) DIAS DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: _____

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Mirandopolis – SP 02 de 07 de 2020

Fernando Nassar Ferreira
CRM 37574
CPF 256.546.746-43

ASSINATURA DO MÉDICO OU ODONTÓLOGO
(CARIMBO CONTENDO: NOME COMPLETO E CRM/CRO)

HOSPITAL ESTADUAL "DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS
Av. Dr. Raul da Cunha Bueno, nº. 585|Mirandópolis, SP| CEP: 16.800-000 |Tel.: (18) 3701-1611

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 21/04/2020 a 20/05/2020

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	Refeição	Total Not.
21/04 ter	18:49	20:08	21:01	07:05	11:00	00:00	08:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	18:52	20:23	21:15	07:04	11:00	00:00	08:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	18:54	20:29	21:25	07:04	11:00	00:00	08:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	18:49	20:05	21:00	07:04	11:00	00:00	08:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	18:52	19:55	20:50	07:00	11:00	00:00	08:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	18:55	20:18	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	18:53	20:32	21:32	07:01	11:00	00:00	08:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	18:56	20:01	21:11	07:05	10:59	00:00	08:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	18:50	20:04	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	18:53	19:53	20:56	07:02	11:00	00:00	08:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	18:56	20:20	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	18:50	20:24	21:23	07:02	11:00	00:00	08:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 17 folgas/feriados, 1 afastamento					**131:59**	**00:00**	**96:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/_____

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

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.
21/04 ter	18:55	20:25	21:27	07:10	11:00	00:00	08:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	18:52	00:04	01:02	07:26	11:36	00:00	06:53
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	18:55	20:32	21:28	07:15	11:00	00:00	08:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	18:52	20:25	21:20	07:11	11:00	00:00	08:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	18:53	20:26	21:23	07:04	11:00	00:00	08:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	18:59	20:14	21:10	07:05	11:00	00:00	08:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	18:51	20:03	21:12	07:07	11:00	00:00	08:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:54	20:17	21:10	07:17	11:00	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	18:56	20:27	21:23	07:22	11:00	00:00	08:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	18:52	20:12	21:11	07:21	11:00	00:00	08:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	18:52	20:04	22:38	07:10	09:44	00:00	07:16
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	18:54	20:18	21:12	07:10	11:00	00:00	08:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	18:52	20:06	21:03	07:05	11:00	00:00	08:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	18:53	20:21	21:30	07:17	11:00	00:00	08:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	18:53	20:26	21:22	07:04	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					**164:20**	**00:00**	**118:09**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 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 Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

MAURO CELSO CHIAVELLI

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
22/04 qua	07:43	11:43	12:56	16:57	20:41		08:01	00:00	00:00
23/04 qui	08:15	11:53	12:59	17:05			07:44	00:00	00:00
24/04 sex	08:01	08:58					00:57	00:00	00:00
25/04 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/04 seg	07:49	11:27	13:09	16:56			07:25	00:00	00:00
28/04 ter	07:32	11:17	12:51	16:50			07:44	00:00	00:00
29/04 qua	08:01	12:56		16:28			04:55	00:00	00:00
30/04 qui	07:58	13:07	14:18	16:49			07:40	00:00	00:00
01/05 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
04/05 seg	07:51	11:48	13:28	16:48			07:17	00:00	00:00
05/05 ter	08:13	12:14	13:00	16:37			07:38	00:00	00:00
06/05 qua	08:00	11:35	13:23	17:12			07:24	00:00	00:00
07/05 qui	07:59	11:07	12:31	16:36			07:13	00:00	00:00
08/05 sex	Jornada	11:30	12:56	15:28			01:26	00:00	00:00
09/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
11/05 seg	07:53	13:10	13:37	16:58			08:38	00:00	00:00
12/05 ter	07:45	13:11	13:56	16:49			08:19	00:00	00:00
13/05 qua	07:48	11:48	13:29				04:00	00:00	00:00
14/05 qui	08:15		13:17	17:01			05:02	00:00	00:00
15/05 sex	08:16	11:35		16:24			03:19	00:00	00:00
16/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
18/05 seg	07:44	12:47	13:24	16:31			08:10	00:00	00:00
19/05 ter	07:47	13:11	13:41	16:45			08:28	00:00	00:00
20/05 qua	07:45	11:26		16:42			03:41	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 10 folgas/feriados							**125:01**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS. COLUNA HORA EXTRA SUPRIMIDA MANUALMENTE

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

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI

___/___/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

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.
21/04 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
19/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 30 afastamentos			**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

NATALIA XAVIER NASCIMENTO

__/__/_____

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

Cartao de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

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.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	06:58	13:23	14:27	18:57	10:55	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	07:04	13:12	14:13	19:01	10:56	00:00	00:00
27/04 seg	07:03	15:05	16:12	19:00	10:50	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	07:02	13:35	14:38	19:04	10:59	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	06:57	15:01	16:00	19:09	11:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	06:59	14:34	15:35	19:05	11:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	07:13	13:28	14:28	19:04	10:51	00:00	00:00
06/05 qua	07:06	13:42	14:42	19:01	10:55	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	07:05	13:26	14:25	19:00	10:56	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	07:10	14:29	15:27	19:01	10:53	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	07:05	14:47	15:46	19:13	11:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	07:17	13:18	14:15	19:07	10:53	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	07:06	14:44	15:43	19:05	11:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:08**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Natalia Pazinato
NATÁLIA PAZINATO DA SILVA

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionário: THAIS BOARETO DA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
22/04 qua	07:36	13:00	14:13	17:01			07:00	01:00	00:00
23/04 qui	07:39	12:41	13:45	17:39			07:00	01:04	00:00
24/04 sex	07:45	13:54	14:52	16:20			07:00	00:58	00:00
25/04 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/04 seg	07:38	12:06	13:04	16:30			07:00	00:58	00:00
28/04 ter	07:26	12:27	13:27	20:16			07:00	01:00	00:00
29/04 qua	07:55	12:31	13:28	16:01			07:00	00:57	00:00
30/04 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
04/05 seg	07:30	12:42	13:46	17:02			07:00	01:04	00:00
05/05 ter	07:22	13:05	13:58	17:06			07:00	00:53	00:00
06/05 qua	07:36	13:14	14:33	17:12			07:00	01:00	00:00
07/05 qui	07:59	13:37	14:20	16:58			07:00	00:43	00:00
08/05 sex	07:59	12:26	13:00	15:24			06:51	00:34	00:00
09/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
11/05 seg	07:32	12:06	12:59	16:15			07:00	00:53	00:00
12/05 ter	07:32	12:32	13:32	15:31			07:00	01:00	00:00
13/05 qua	07:36	16:10	16:34	17:06			07:00	00:24	00:00
14/05 qui	07:35	13:16	14:16	19:11	19:14		07:00	01:00	00:00
15/05 sex	07:31	12:26	13:26	16:02			07:00	01:00	00:00
16/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
18/05 seg	07:35	13:00	13:57	17:23			07:00	00:57	00:00
19/05 ter	07:32	12:35	13:27	17:19			07:00	00:52	00:00
20/05 qua	07:27	12:29	13:29	16:37			07:00	01:00	00:00
TOTAL: 19 dias, 11 folgas/feriados							**132:51**	**17:17**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07:00 ás 16:00 - RT Mirandópolis - Início: Segunda
5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
5/15 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	06:49	11:51	12:50	19:19	11:31	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	06:48	11:52	12:52	19:00	11:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	06:49	12:18	13:14	19:04	11:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	06:49	12:36	13:26	19:01	11:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	06:52	12:05	12:59	19:06	11:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	06:47	13:28	14:38	19:05	11:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	06:49	12:22	13:13	19:06	11:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	06:53	13:14	14:15	19:06	11:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	06:50	13:10	13:56	19:07	11:31	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	06:49	13:11	14:01	19:14	11:35	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	06:54	12:12	13:04	19:06	11:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	06:49	13:42	14:34	19:05	11:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	06:48	12:50	13:44	19:05	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**144:37**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C. C. Silva
BIANCA CAETANO COSTA SILVA
15/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario BRUNA BERALDO FERRANTE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	07:04	13:05	13:57	19:12	11:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	06:07	11:50	12:47	19:16	11:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	07:04	12:27	13:27	19:17	11:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	19:04	20:17	21:16	07:06	11:00	00:00	08:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	07:00	12:27	13:24	19:25	11:00	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	07:02	12:24	13:26	19:06	11:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	19:00	19:59	20:52	07:10	11:00	00:00	08:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	07:10	14:05	14:59	19:08	11:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	07:09	13:16	14:15	19:10	11:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	07:06	13:33	14:29	19:22	11:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 20 folgas/feriados					**110:00**	**00:00**	**16:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

BRUNA BERALDO FERRANTE

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Impresso em 14/07/2020 11:03

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	06:54	12:00	12:57	19:00	11:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	06:50	12:00	12:57	19:09	11:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	06:49	12:02	13:03	19:02	11:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	06:48	12:03	12:58	19:00	11:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	06:53	12:05	13:03	19:02	11:00	00:00	00:00
05/05 ter	18:45	20:09	21:05	07:05	11:00	00:00	08:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	06:47	12:10	13:06	19:05	11:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	06:55	13:20	14:18	19:07	11:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	06:46	12:07	13:07	19:03	11:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	06:49	12:01	13:00	19:05	11:00	00:00	00:00
17/05 dom	06:45	12:08	13:08	19:06	11:00	00:00	00:00
18/05 seg	06:51	13:20	14:14	19:10	11:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**132:00**	**00:00**	**08:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Impresso em 14/07/2020 11:03

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	18:51	20:16	21:15	07:00	11:00	00:00	08:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	18:47	20:27	21:22	07:07	11:00	00:00	08:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	18:49	20:42	21:42	07:00	11:00	00:00	08:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	18:45	20:23	21:19	07:07	11:00	00:00	08:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:45	21:01	21:56	07:00	11:00	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	18:43	19:59	20:53	07:00	11:00	00:00	08:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	18:52	20:30	21:25	07:03	11:00	00:00	08:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	18:49	20:46	21:38	07:06	11:00	00:00	08:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	18:46	20:43	21:36	07:06	11:00	00:00	08:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	18:53	20:50	21:33	07:13	11:37	00:00	08:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	18:53	20:32	21:31	07:12	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 11 dias, 18 folgas/feriados, 1 afastamento					**121:37**	**00:00**	**88:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE
16/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

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	Refeição	Total Not.
21/04 ter	07:02	13:33	14:26	19:00	11:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	07:00	13:32	14:34	19:02	11:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	07:11	13:47	14:41	19:04	10:59	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	06:59	13:28	14:16	19:05	11:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	07:05	11:13	12:18	19:01	10:51	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	07:16	13:30	14:30	19:06	10:50	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	07:11	13:36	14:34	19:00	10:51	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	07:11	13:16	14:14	19:02	10:53	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	07:04	11:17	12:16	19:12	11:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	06:54	14:47	15:48	19:05	11:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	06:59	14:03	14:56	19:06	11:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 18 folgas/feriados, 1 afastamento					**120:24**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Osvaldo 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 MAIARA DOS SANTOS
17/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: LAIS MARANI SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Falta				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	07:19	13:52	15:11	16:38	06:19	01:00	00:00
23/04 qui	07:06	14:12	15:13	17:22	07:30	01:00	00:00
24/04 sex	08:03	12:10			03:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	07:42	13:20	14:26	16:45	06:45	01:00	00:00
28/04 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	07:11	14:14	18:00		04:14	00:00	00:00
01/05 sex	Feriado -				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	07:30	14:04	15:11	16:57	06:57	01:00	00:00
05/05 ter	07:20	14:03	15:03		04:03	00:00	00:00
06/05 qua	12:53	14:13	16:29		01:13	00:00	00:00
07/05 qui	07:34	12:12	13:13		03:00	00:00	00:00
08/05 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	07:46	12:42	14:03	16:39	06:18	01:00	00:00
12/05 ter	07:32	13:01	14:05		03:01	00:00	00:00
13/05 qua	07:34	13:02	14:04	16:55	06:55	01:00	00:00
14/05 qui	07:38	13:11	14:20	17:17	07:17	01:00	00:00
15/05 sex	07:36	13:06	13:29	13:48	03:48	00:23	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Falta				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	07:23	14:08	15:15	17:00	07:00	01:00	00:00
20/05 qua	07:47	13:44	14:52	17:01	07:01	01:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 2 faltas, 9 folgas/feriados, 3 afastamentos					**84:21**	**09:23**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Início: Segunda
5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
Entrada 10/15 [Só Banco] - Saída 10/15 [Só Banco]
Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

LAIS MARANI SILVA

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Impresso em 14/07/2020 11:03

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	19:11	20:16	21:15	07:00	10:50	00:00	08:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	18:56	21:01	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	18:47	20:27	21:48	06:19	10:11	00:00	08:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	18:47	20:27	21:22	07:11	11:00	00:00	08:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	18:44	20:28	21:27	07:11	11:00	00:00	08:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	18:46	20:23	21:18	07:08	11:00	00:00	08:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	18:48	20:40	21:28	07:07	11:31	00:00	08:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:51	21:02	21:56	07:20	11:35	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	18:51	20:00	20:52	07:07	11:00	00:00	08:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	18:49	20:30	22:49	07:12	10:04	00:00	07:04
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	18:52	20:46	21:37	07:10	11:00	00:00	08:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	18:49	20:43	21:36	07:17	11:35	00:00	08:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	18:47	20:49	21:33	07:13	11:42	00:00	08:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	18:45	20:32	21:27	07:11	11:31	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**154:59**	**00:00**	**111:04**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALESSANDRA AGUIAR SALESSE
15/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	18:44	20:10	21:01	07:04	11:00	00:00	08:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	18:44	20:26	21:15	07:04	11:31	00:00	08:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	18:49	20:08	20:59	07:04	11:00	00:00	08:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	18:52	19:55	20:50	07:00	11:00	00:00	08:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	18:50	20:27	21:03	07:00	11:34	00:00	08:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	18:47	20:39	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	18:58	20:11	21:15	07:03	11:00	00:00	08:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	18:50	20:01	21:09	07:04	11:00	00:00	08:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	18:50	20:01	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	18:48	19:53	20:55	07:01	11:00	00:00	08:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	18:55	20:20	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	18:41	20:15	21:04	07:05	11:35	00:00	08:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	18:51	20:25	21:23	07:03	11:00	00:00	08:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**144:40**	**00:00**	**104:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/_____

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

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.
21/04 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
19/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 30 afastamentos			**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Convênio nº 1001/2020
Termo Aditivo 01
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 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	18:51	20:17	21:11	07:01	11:00	00:00	08:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	18:49	20:29	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	18:47	20:04	21:00	07:02	11:00	00:00	08:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	18:51	19:55	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	18:50	20:27	21:03	07:00	11:34	00:00	08:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	18:55	20:31	21:25	07:01	11:00	00:00	08:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	18:45	20:08	21:05	07:02	11:00	00:00	08:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	18:50	20:09	21:05	07:02	11:00	00:00	08:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	18:50	20:01	20:59	07:01	11:00	00:00	08:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	18:52	20:01	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	18:55	20:23	22:01	07:01	10:28	00:00	07:58
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	18:52	20:36	21:33	07:05	11:00	00:00	08:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	18:50	20:26	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:02**	**00:00**	**103:58**

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)

Daniela dos Santos Oliveira
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA

16/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: CATIA FERNANDA FERRAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 8 folgas/feriados, 22 afastamentos			**00:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
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

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função ENFERMEIRO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	19:07	20:33	21:31	07:01	10:56	00:00	08:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	18:53	20:01	21:05	07:11	11:00	00:00	08:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	18:59	20:11	21:08	07:08	11:00	00:00	08:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	19:08	20:27	21:39	07:03	10:43	00:00	08:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	18:57	20:02	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	19:01	20:28	21:31	07:08	11:00	00:00	08:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	19:08	19:56	20:52	07:03	10:59	00:00	08:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	18:55	21:16	22:25	07:12	11:00	00:00	07:31
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	19:12	20:01	20:58		01:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	19:00	20:01	20:59	07:01	11:00	00:00	08:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	19:02	19:59	21:10	07:03	10:50	00:00	08:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	19:00	20:23	21:20	07:10	11:00	00:00	08:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	19:00	20:29	21:42	07:23	11:00	00:00	08:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**132:28**	**00:00**	**95:31**

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
16/7/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Impresso em 14/07/2020 11:03

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	06:52	12:59	13:53	19:01	11:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	06:50	12:58	13:56	19:07	11:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	06:50	13:08	14:09	19:00	11:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	06:52	13:03	14:02	19:00	11:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	06:53	13:26	14:19	19:01	11:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	06:48	13:14	14:09	19:00	11:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	06:50	13:05	14:04	19:01	11:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	06:51	13:14	14:11	19:01	11:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	06:45	12:36	13:35	18:57	11:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	06:53	13:20	14:19	19:06	11:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	06:51	13:13	14:08	19:02	11:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	06:46	13:13	14:10	19:03	11:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	06:53	13:19	14:15	19:10	11:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	06:51	13:29	14:26	19:09	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**154:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

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	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	18:47	20:31	21:23	07:10	11:31	00:00	08:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	18:52	20:45	21:41	07:00	11:00	00:00	08:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	18:50	20:28	21:22	07:03	11:00	00:00	08:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	18:47	20:35	21:25	07:01	11:00	00:00	08:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	18:50	20:39	21:28	07:01	11:00	00:00	08:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	18:50	20:24	21:18	07:05	11:00	00:00	08:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	18:46	20:44	21:44	07:10	11:00	00:00	08:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	18:46	20:45	21:34	07:06	11:31	00:00	08:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	18:50	20:39	21:35	07:05	11:00	00:00	08:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 11 folgas/feriados, 10 afastamentos					**100:02**	**00:00**	**72:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE
16/7/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

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	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	06:59	13:41	14:40	19:18	11:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	06:48	13:00	14:00	19:55	11:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	06:51	14:48	15:50	19:36	11:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	07:03	19:21			12:18	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	06:59	15:41	16:07	19:22	11:57	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	07:06	15:13	15:57	19:24	11:34	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	07:02	14:05	15:10	19:23	11:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	06:58	15:38	16:31	19:22	11:31	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	07:06	13:38	14:59	19:12	10:45	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	07:04	13:17	14:37	19:31	10:36	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	18:30	20:15	21:14	07:17	11:48	00:00	08:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	07:14	11:47	13:17	19:22	10:38	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**135:07**	**00:00**	**08:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR À 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
16/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Impresso em 14/07/2020 11:03

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.
21/04 ter	06:55	12:14	13:13	19:00	11:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	07:00	12:10	13:10	18:57	10:57	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	06:57	11:53	12:54	19:02	11:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	07:04	13:02	14:01	19:00	10:57	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	06:57	13:43	14:46	19:09	11:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	06:54	12:21	13:24	19:03	11:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	06:50	11:55	12:52	19:01	11:00	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	06:53	09:19	12:20	19:03	09:09	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	07:03	11:51	12:50	19:02	11:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	06:58	12:05	13:06	19:00	11:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	07:02	13:30	14:32	19:12	11:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	07:01	12:51	13:52	19:02	11:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**130:03**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR À 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Kelly C. R. Rocha
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
16/7/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDOPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	18:55	20:02	20:56	07:05	11:00	00:00	08:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	18:50	20:12	21:05	07:03	11:00	00:00	08:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	18:46	20:08	20:59	07:02	11:00	00:00	08:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	18:47	20:05	21:00	07:01	11:00	00:00	08:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	18:51	19:56	20:50	07:00	11:00	00:00	08:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	18:46	20:26	21:18	07:01	11:00	00:00	08:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Afastamento - ATESTADO				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	18:52	19:58	20:56	06:59	11:00	00:00	08:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	18:56	20:22	21:18	06:59	11:00	00:00	08:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	18:45	20:15	21:04	07:05	11:31	00:00	08:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 12 folgas/feriados, 9 afastamentos					**99:31**	**00:00**	**72:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

José Lopes de Oliveira
JOSE LOPES DE OLIVEIRA
16/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: EDILENE MANOEL
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	06:55	13:42	14:44	19:06	19:12		11:00	00:06	00:00
22/04 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
25/04 sab	06:57	14:12	15:12	19:11			11:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/04 seg	07:04	13:54	14:56	19:06			11:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
29/04 qua	06:59	13:24	14:25	19:17			11:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
01/05 sex	07:03	14:52	16:03	19:11			10:57	00:00	00:00
02/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
05/05 ter	07:05	13:21	14:23	19:05			10:58	00:00	00:00
06/05 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
07/05 qui	07:10	13:58	15:00	19:09			10:57	00:00	00:00
08/05 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
09/05 sab	07:02	11:57	13:02	19:01			10:54	00:00	00:00
10/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
11/05 seg	07:00	13:25	14:29	19:05			11:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
13/05 qua	07:07	13:09	14:08	19:01			10:55	00:00	00:00
14/05 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
15/05 sex	07:04	14:23	15:22	19:14			11:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
17/05 dom	07:05	12:13	13:08	19:08			11:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
19/05 ter	06:59	16:57	17:55	19:16			11:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados							**142:41**	**00:06**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR À 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 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
16/07/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	19:04	20:16	21:14	07:00	10:58	00:00	08:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	18:59	21:04	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	19:02	20:26	21:46	07:07	10:45	00:00	08:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	18:56	20:27	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	19:05	20:28	21:27	07:08	11:00	00:00	08:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	19:02	20:23	21:18	07:08	11:00	00:00	08:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:58	21:02	21:57	07:01	11:00	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	19:01	19:59	20:52	07:01	11:00	00:00	08:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	19:00	19:59	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	18:59	20:30	21:25	07:03	11:00	00:00	08:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	19:02	20:43	21:49	07:06	10:58	00:00	08:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	19:01	20:50	21:32	07:14	11:31	00:00	08:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	18:59	20:32	21:31	07:13	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:12**	**00:00**	**104:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
15/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Impresso em 14/07/2020 11:03

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	06:56	12:23	13:21	19:08	11:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	06:46	13:28	14:26	18:57	11:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	06:47	12:38	13:45	19:01	11:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	07:08	12:46	13:49	19:00	10:49	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	07:00	12:23	13:23	19:03	11:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	06:50	13:39	14:42	19:09	11:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	06:54	13:23	14:26	19:03	11:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	06:53	12:24	13:25	19:01	11:00	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	06:50	12:35	13:40	19:00	11:00	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	06:56	13:32	14:41	19:00	10:55	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	06:51	12:46	13:48	19:01	11:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	06:57	14:17	15:18	19:00	11:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	07:05	13:02	14:06	19:14	11:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	06:50	13:00	14:58	19:05	10:17	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	06:59	12:53	13:55	19:01	11:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					**164:01**	**00:00**	**00:00**

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- 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
6/07/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	18:51	20:16	21:14	07:00	11:00	00:00	08:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	18:56	21:01	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	18:52	20:28	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	18:49	20:22	21:18	07:07	11:00	00:00	08:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	18:48	20:40	21:26	07:01	11:00	00:00	08:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:51	21:01	21:56	07:00	11:00	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	18:54	19:59	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	18:52	19:59	20:54	07:00	11:00	00:00	08:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	18:55	20:30	21:30	07:02	11:00	00:00	08:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 21 folgas/feriados					**99:00**	**00:00**	**72:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
16/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	07:04	12:00	13:03	19:00	10:53	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	07:11	12:10	13:13	18:57	10:43	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	07:05	11:53	13:07	19:02	10:43	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	07:13	12:00	12:59	19:00	10:48	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	06:55	11:28	12:33	19:03	11:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	07:03	12:20	13:21	19:09	11:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	07:08	12:19	13:18	19:03	10:56	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	07:14	13:04	13:57	19:04	10:57	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	07:06	12:24	13:28	19:00	10:50	00:00	00:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	07:17	13:27	14:19	19:00	10:51	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	07:22	13:05	14:05	19:02	10:40	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	07:09	12:05	13:14	19:00	10:42	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**130:03**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Patricia M. Almeida
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
16/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	18:53	21:02	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	18:47	20:27	21:49	07:07	10:58	00:00	08:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	18:51	20:27	21:24	07:00	11:00	00:00	08:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	18:49	20:28	21:27	07:07	11:00	00:00	08:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	18:49	20:23	21:18	07:08	11:00	00:00	08:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	18:54	20:40	21:26	07:01	11:00	00:00	08:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:55	21:02	21:57	07:01	11:00	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	18:53	19:59	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	18:52	20:01	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	18:55	20:46	21:36	07:06	11:00	00:00	08:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	18:52	20:44	21:49	07:06	11:00	00:00	08:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	19:04	20:49	21:32	07:14	11:00	00:00	08:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	18:57	20:32	21:29	07:13	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:58**	**00:00**	**104:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Patricia A. Ferreira
PATRICIA ADRIANA FERREIRA
15/7/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
01/05 sex	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Sem Expediente				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	07:00	12:05	13:02	19:01	11:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	06:55	12:08	13:02	19:05	11:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	06:53	12:11	13:08	19:09	11:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	06:45	12:10	13:08	19:02	11:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	06:50	12:29	13:21	19:08	11:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	06:50	12:02	13:02	19:07	11:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	06:55	12:11	13:05	19:12	11:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	06:53	12:26	13:25	19:08	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 8 dias, 9 folgas/feriados					**88:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GILSON FERREIRA GUEDES DOS

___/___/_____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	06:58	12:00	12:57	19:00	11:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	06:51	12:00	12:58	19:10	11:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	06:49	12:02	13:02	19:01	11:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	07:00	12:24	13:21	19:01	11:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	07:07	12:11	13:10	19:00	10:54	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	06:54	12:08	13:11	19:02	11:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	06:57	12:12	13:11	19:05	11:00	00:00	00:00
09/05 sab	19:17	20:03	20:58	07:01	10:49	00:00	08:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	06:57	12:18	13:19	19:06	11:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	07:04	12:08	13:09	19:03	10:58	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	07:07	12:03	13:06	19:07	10:57	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	07:00	12:12	13:15	19:09	11:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	06:55	12:26	13:27	19:13	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:38**	**00:00**	**08:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GISLAINE MACHADO MORABITO

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Impresso em 14/07/2020 11:03

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	06:53	12:02	12:58	19:00	11:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	06:55	12:17	13:15	19:01	11:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	06:52	12:15	13:12	19:02	11:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	06:53	12:33	13:26	19:01	11:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	06:57	13:14	14:10	19:00	11:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	06:53	13:04	14:02	19:01	11:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	06:54	12:09	13:11	19:02	11:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	06:54	13:13	14:15	19:05	11:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	07:13	13:00	13:57	19:00	10:50	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	06:53	12:23	13:20	19:06	11:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	07:00	13:10	14:16	19:02	10:56	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	06:54	13:14	14:12	19:07	11:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	06:55	12:26	13:26	19:13	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:46**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Eliana Rodrigues
ELIANA CRISTINA RODRIGUES — ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

___/___/_____

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	06:53	12:58	13:55	19:01	11:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	07:00	12:58	13:56	19:08	11:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	06:52	13:04	14:00	19:01	11:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	06:57	13:26	14:18	19:01	11:00	00:00	00:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	06:48	13:05	14:05	19:02	11:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	06:51	13:28	14:11	19:01	11:00	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	06:54	13:13	14:16	19:06	11:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	07:01	13:37	14:23	19:00	11:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	06:58	13:21	14:20	19:06	11:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	07:01	13:13	14:10	19:03	11:00	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	06:48	13:20	14:18	19:10	11:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	06:55	13:30	14:27	19:10	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					**132:00**	**00:00**	**00:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C H D. Borges

ELAINE CRISTINA DIAS BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMACIA

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	06:56	12:19	13:19	19:20	11:00	00:00	00:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	06:57	12:34	13:36	19:05	11:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	06:46	12:22	13:33	19:15	11:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	06:55	12:18	13:18	19:05	11:00	00:00	00:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	06:50	13:21	14:23	19:09	11:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	06:54	12:19	13:18	19:12	11:00	00:00	00:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	06:53	12:17			05:24	00:00	00:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	18:20	20:42	21:43	06:30	10:29	00:00	08:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	07:44	12:51	13:52	19:07	10:22	00:00	00:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	06:45	13:13	14:16	19:07	11:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	06:46	12:48	13:49	19:07	11:00	00:00	00:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	06:50	13:04	14:06	19:19	11:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	06:53	12:39	13:39	19:09	11:00	00:00	00:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	06:51	13:05	14:00	19:10	11:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**147:15**	**00:00**	**08:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Isadora Castro :
ISADORA MORAIS DE CASTRO

__/__/____

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	06:53	12:39	13:35	19:05	11:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	06:52	13:23	14:21	19:04	11:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	06:55	13:10	14:08	18:52	10:59	00:00	00:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	06:52	12:54	14:01	19:02	11:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	18:49	20:17	21:12	07:05	11:00	00:00	08:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	06:57	13:19	14:20	19:03	11:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	06:48	12:59	13:54	19:01	11:00	00:00	00:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	06:50	13:04	14:15	18:56	10:55	00:00	00:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	06:54	13:02	14:08	19:08	11:00	00:00	00:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	07:01	12:36	13:35	19:00	11:00	00:00	00:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	07:01	13:56	14:57	18:58	10:56	00:00	00:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	06:54	14:47	15:47	19:00	11:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	06:48	14:42	15:42	19:06	11:00	00:00	00:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	06:55	13:59	14:56	19:07	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					**153:50**	**00:00**	**08:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
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
17/7/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	18:51	20:41	22:07	07:00	10:43	00:00	07:52
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	18:56	21:01	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	18:56	20:27	21:22	07:03	11:00	00:00	08:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	18:52	20:26	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	18:49	20:28	21:27	07:07	11:00	00:00	08:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	18:48	20:40	21:27	07:01	11:00	00:00	08:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:51	21:01	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	18:54	19:58	20:52	07:00	11:00	00:00	08:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	18:52	19:59	20:55	07:00	11:00	00:00	08:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	18:55	20:30	21:25	07:02	11:00	00:00	08:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	18:55	20:46	21:37	07:07	11:00	00:00	08:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	18:52	20:43	21:36	07:06	11:00	00:00	08:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	19:01	19:30	20:30	07:05	11:00	00:00	08:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:43**	**00:00**	**103:52**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
16/7/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador: **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario: RICARDO DE CARVALHO
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS
Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/04 ter	18:45	20:08	21:01	07:03	11:00	00:00	08:00
22/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/04 seg	18:46	20:04	21:01	07:04	11:00	00:00	08:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	18:51	20:00	20:53	07:00	11:00	00:00	08:00
30/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
01/05 sex	18:51	20:17	21:01	07:02	11:00	00:00	08:00
02/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
03/05 dom	18:47	20:33	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00
04/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
05/05 ter	18:54	20:16	21:15	07:00	11:00	00:00	08:00
06/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
07/05 qui	18:53	20:08	21:14	07:05	11:00	00:00	08:00
08/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
09/05 sab	18:49	20:03	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
10/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
11/05 seg	18:48	20:02	21:00	07:02	11:00	00:00	08:00
12/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
13/05 qua	18:48	19:53	20:55	07:01	11:00	00:00	08:00
14/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
15/05 sex	18:49	20:20	22:00	07:00	10:31	00:00	08:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	18:42	20:34	21:32	07:05	11:00	00:00	08:00
18/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
19/05 ter	18:50	20:24	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
20/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**142:31**	**00:00**	**104:00**

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

RICARDO DE CARVALHO
16/07/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/04/2020 a 20/05/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/04 qua	19:02	20:16	21:15	07:00	10:59	00:00	08:00
23/04 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/04 sex	18:53	21:02	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/04 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/04 dom	18:51	20:27	21:22	07:07	11:00	00:00	08:00
27/04 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/04 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/04 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/04 qui	18:48	20:28	21:27	07:07	11:00	00:00	08:00
01/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
02/05 sab	19:06	20:23	21:19	07:07	11:00	00:00	08:00
03/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
04/05 seg	18:48	20:40	21:26	07:01	11:00	00:00	08:00
05/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
06/05 qua	18:45	21:02	21:57	07:00	11:00	00:00	08:00
07/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
08/05 sex	18:51	19:59	20:52	07:01	11:00	00:00	08:00
09/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
10/05 dom	18:43	19:59	20:53	07:00	11:00	00:00	08:00
11/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
12/05 ter	18:52	20:30	21:25	07:03	11:00	00:00	08:00
13/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
14/05 qui	18:49	20:46	21:37	07:06	11:00	00:00	08:00
15/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
16/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
17/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
18/05 seg	18:53	20:49	21:32	07:14	11:38	00:00	08:00
19/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
20/05 qua	18:53	20:32	21:28	07:13	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					**143:37**	**00:00**	**104:00**

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Sonia dos Santos Rocha
SONIA DOS SANTOS ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

__/__/____

AHBB
GESTÃO EM SAÚDE

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria

HEM
HOSPITAL
MIRANDÓPOLIS

Relatório de Desempenho mês de Maio de 2020

Período compreendido: 01/05/2020 a 31/05/2020

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	8,86 dias
Taxa de ocupação (%)	> 90%	60 %
Reinternação < 24 horas	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0 reclamações
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	5,3 %
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

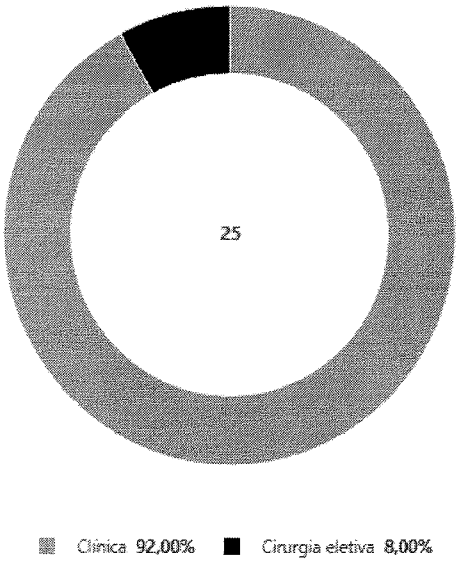
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Indicadores de Interesse da AHBB	Metas	Resultado Obtido
Total de Internações no Período (n)	30	29
Internações Novas (n)	25	25
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	21
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	186
Taxa de ocupação (%)	80%	60 %
Duração média da internação (dias)	7 dias	8,86 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	63,05
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	53,31 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	7
Mortalidade Observada (%)	-	37,50 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,63
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6‰	0
Taxa de utilização de VM (%)	-	44,31 %
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	50 %
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%	5,3 %
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

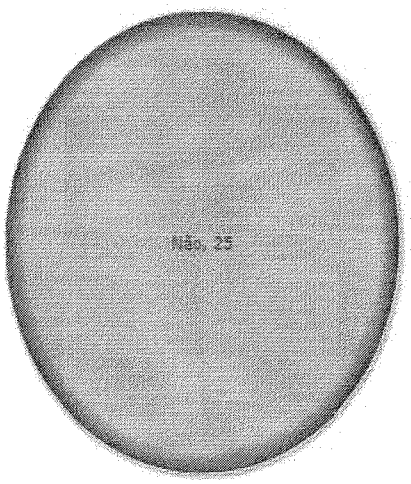
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Gráficos do Mês de Maio/2020

Tipos e Razões da Internação

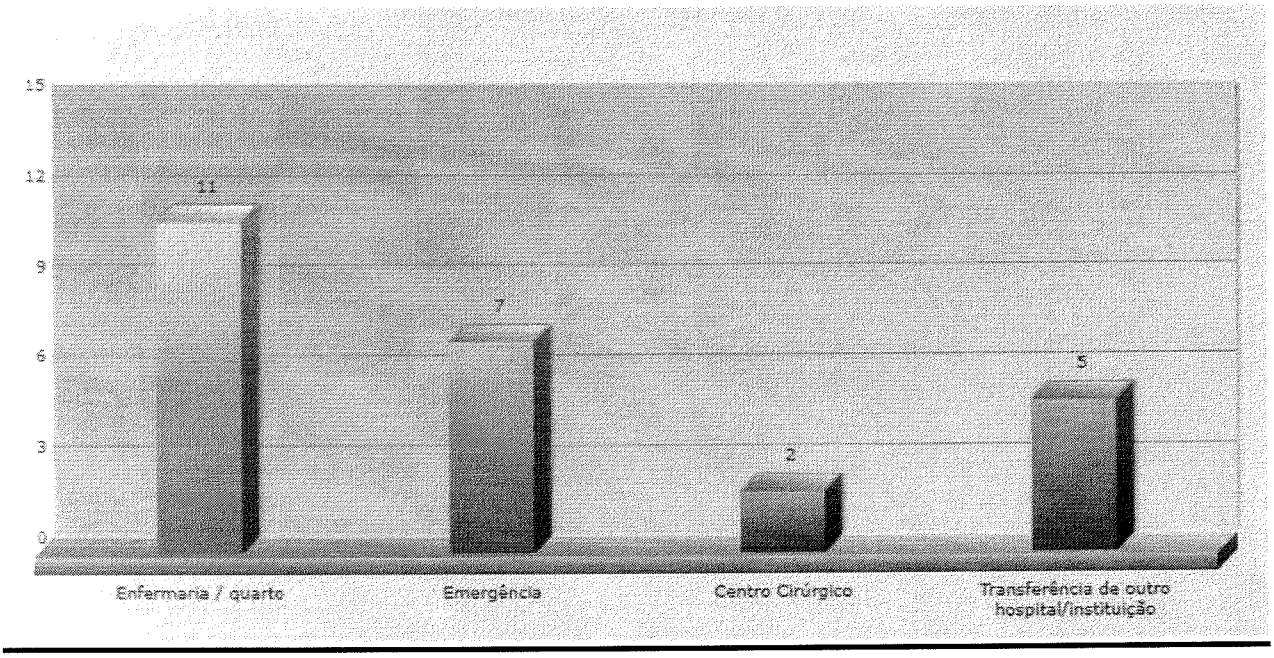


Reinternações na Unidade

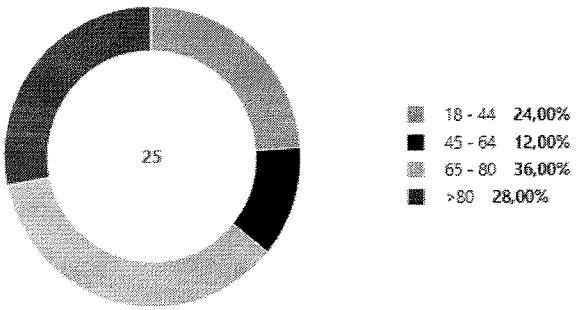


Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

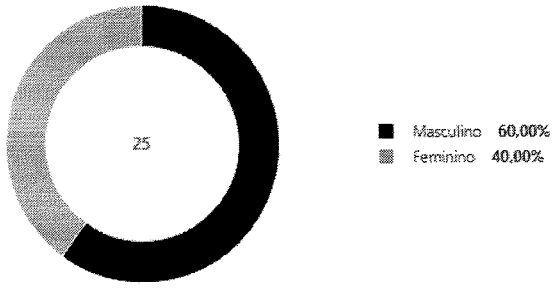
Origem da Internação



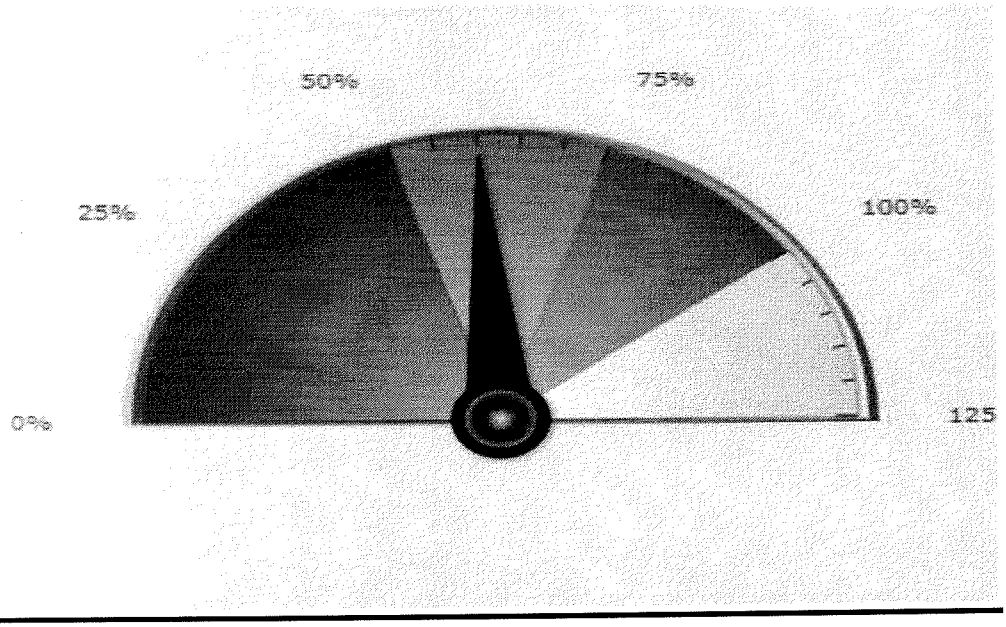
Idade – Histograma



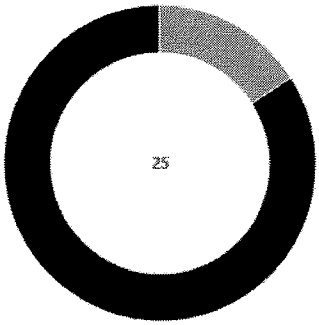
Sexo



Taxa de Ocupação



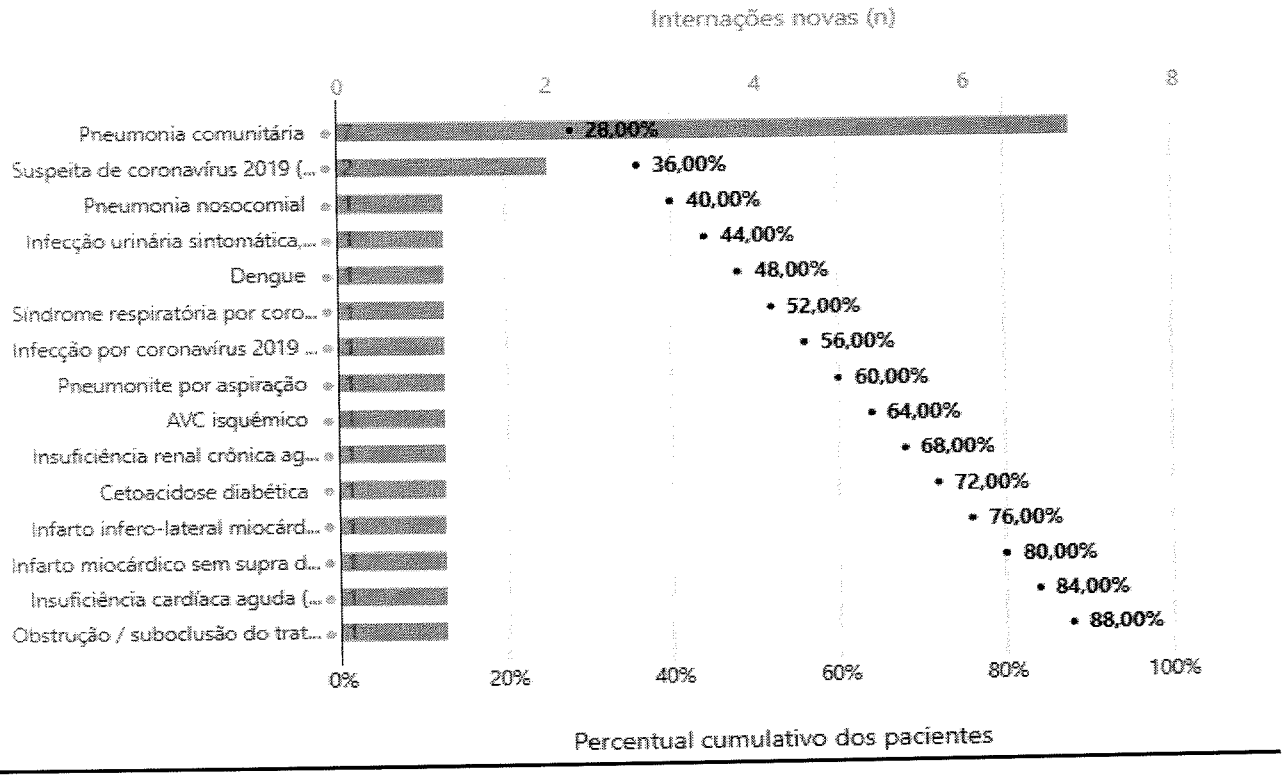
Gravidade da Internação – Escore Saps 3



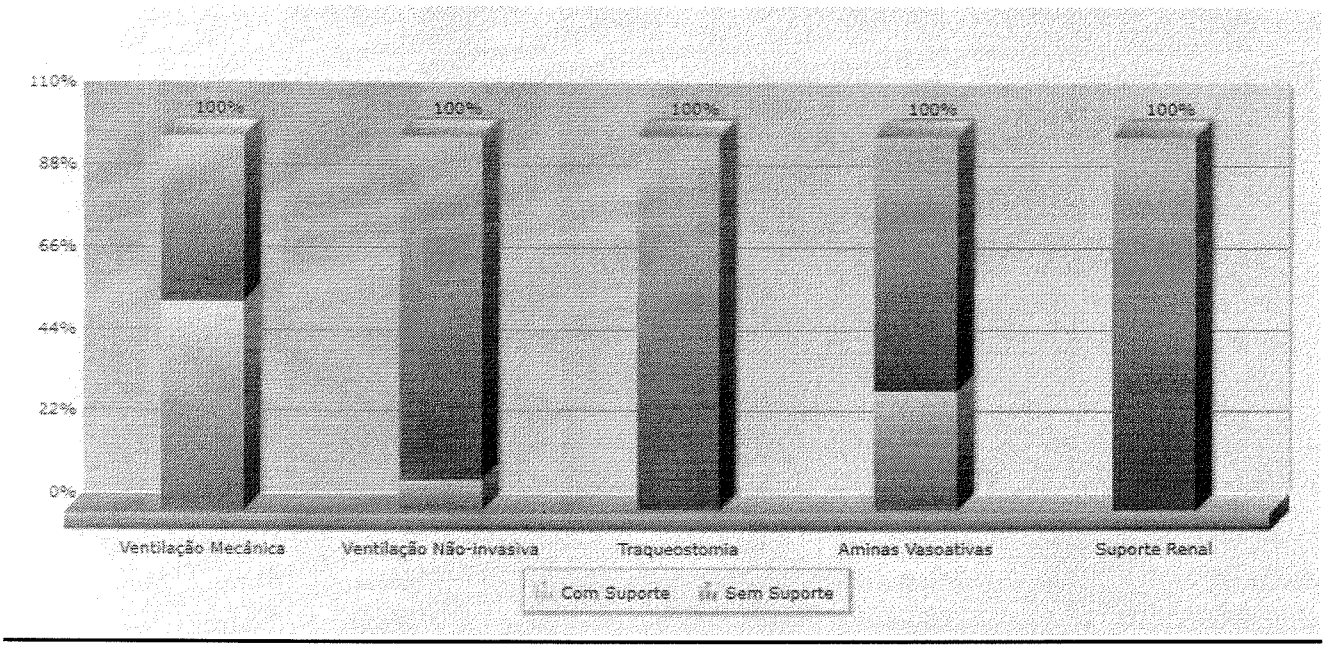
Intermediário 16,00%
Alto 84,00%

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

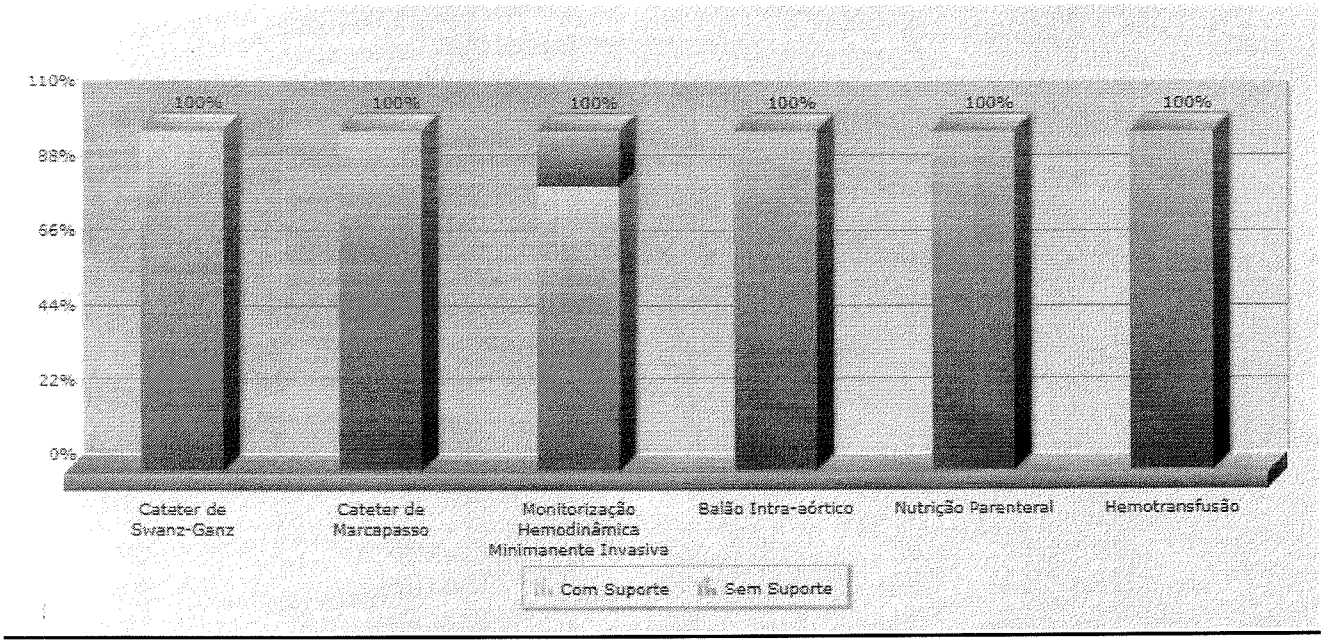
DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



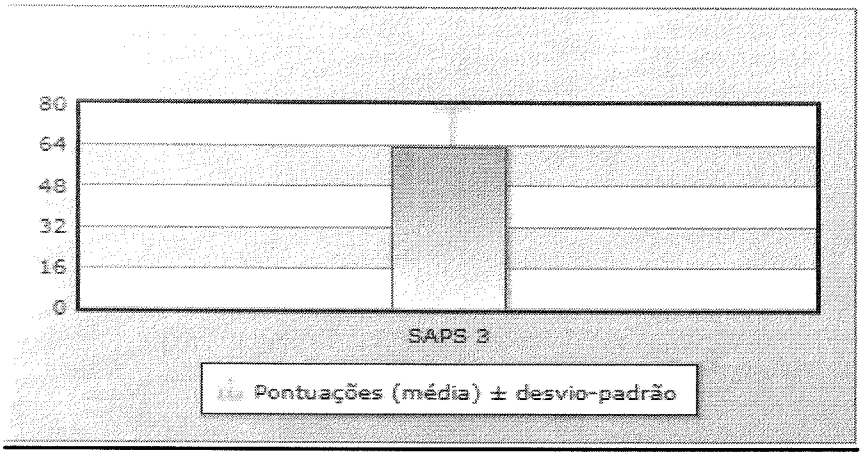
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



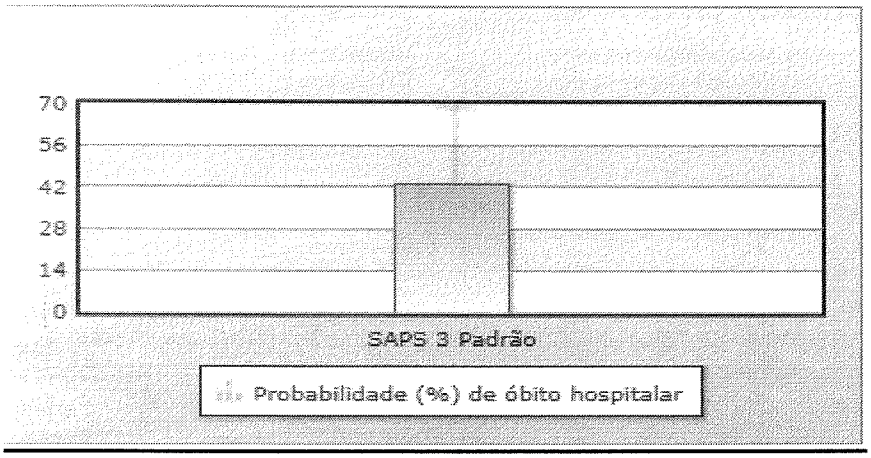
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



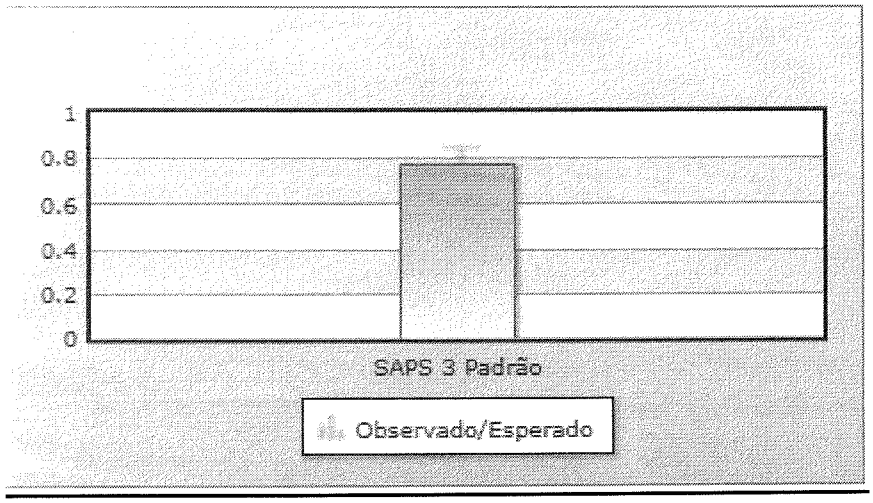
SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO



SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE



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

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

AHBB
GESTÃO EM SAÚDE

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria

HEM
HOSPITAL
MIRANDÓPOLIS

Relatório de Desempenho mês de Junho de 2020

Período compreendido: 01/06/2020 a 30/06/2020

Responsável pelo relatório:
Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor ® Epimed

Indicadores de Interesse da SES	Metas	Resultado Obtido
Duração média da internação (dias)	8 dias	7,5 dias
Taxa de ocupação (%)	> 90%	75 %
Reinternação < 24 horas	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0 reclamações
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0,4%
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

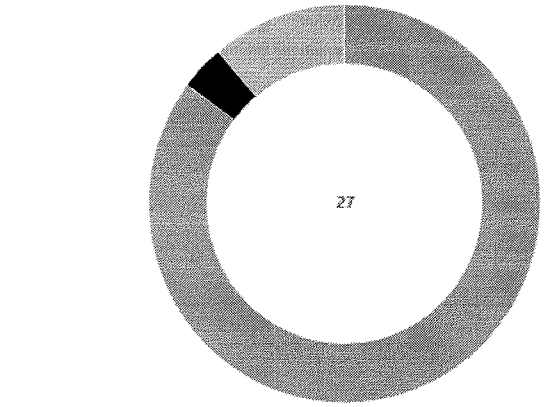
Definições dos cálculos utilizados nas metas	
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com 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

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

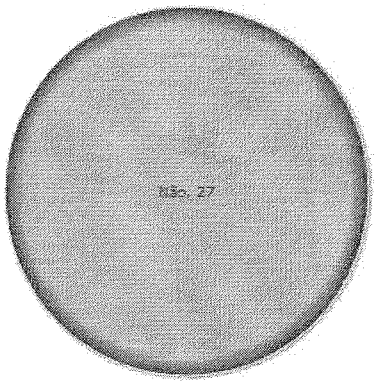
Indicadores de Interesse da AHBB	Metas	Resultado Obtido
Total de Internações no Período (n)	30	35
Internações Novas (n)	25	27
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	30
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	225
Taxa de ocupação (%)	80%	75 %
Duração média da internação (dias)	7 dias	8,86 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	61,77
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	49,50 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	9
Mortalidade Observada (%)	-	30 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,61
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6‰	0
Taxa de utilização de VM (%)	-	43,56 %
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	56 %
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	0,4%
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0

Gráficos do Mês de Junho/2020

Tipos e Razões da Internação

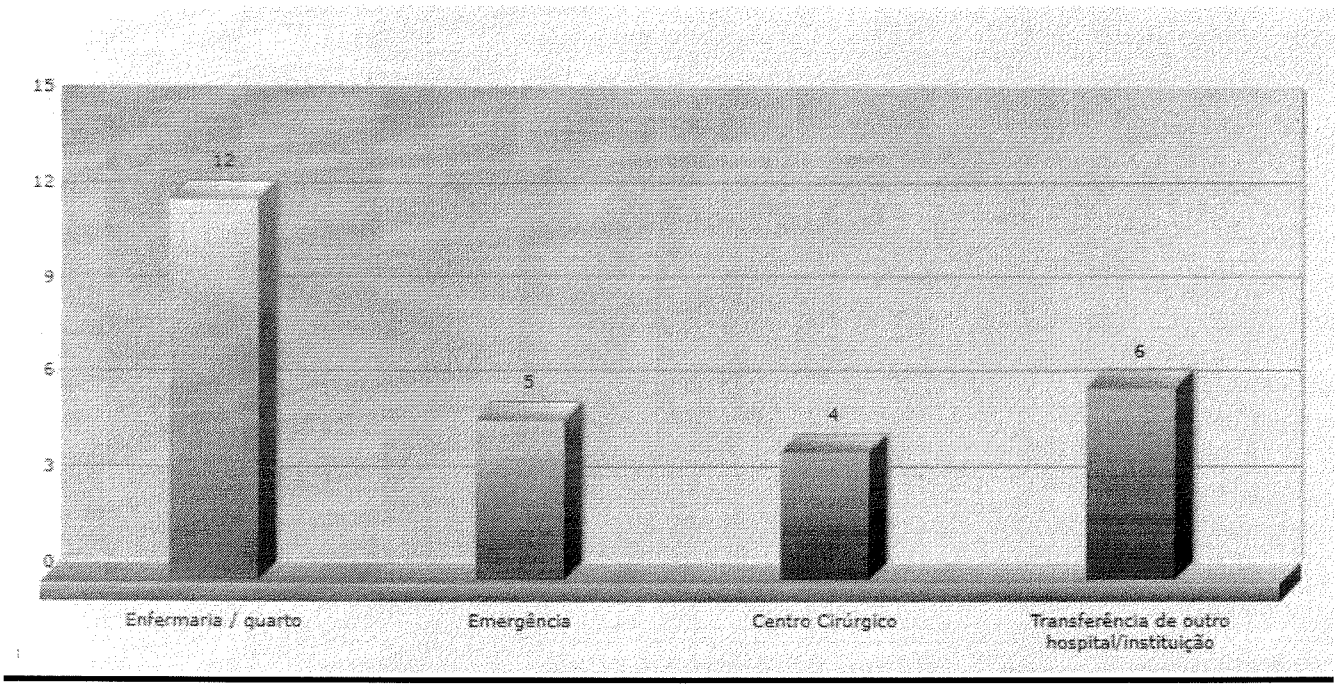


Reinternações na Unidade

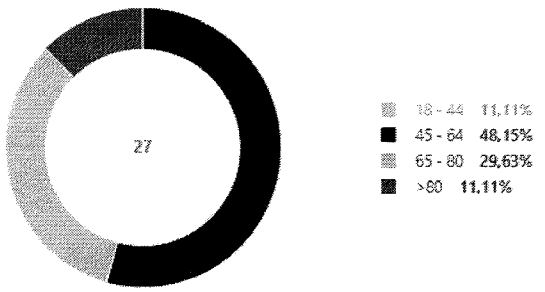


Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

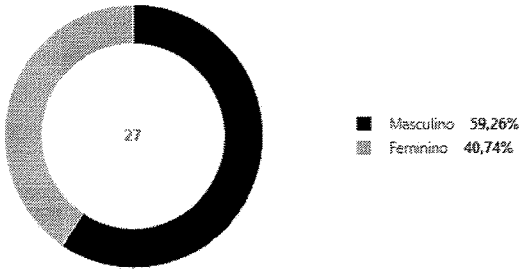
Origem da Internação



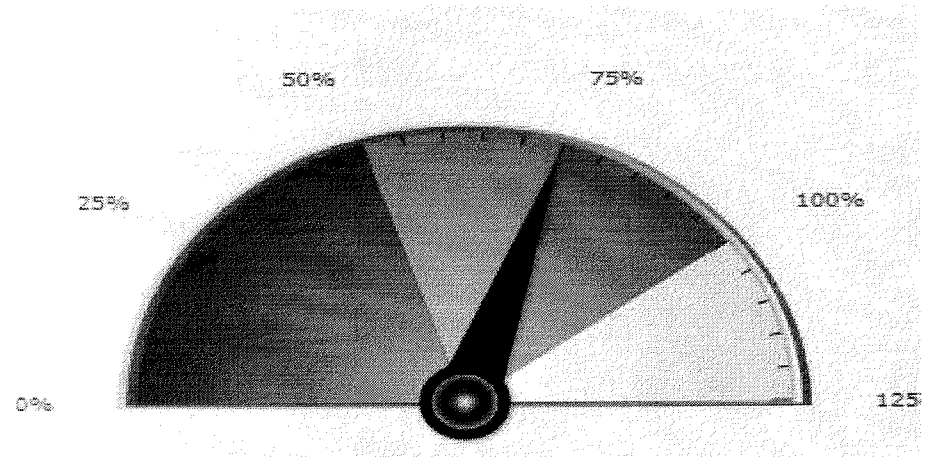
Idade – Histograma



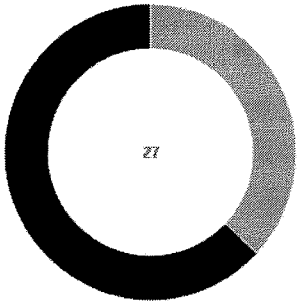
Sexo



Taxa de Ocupação

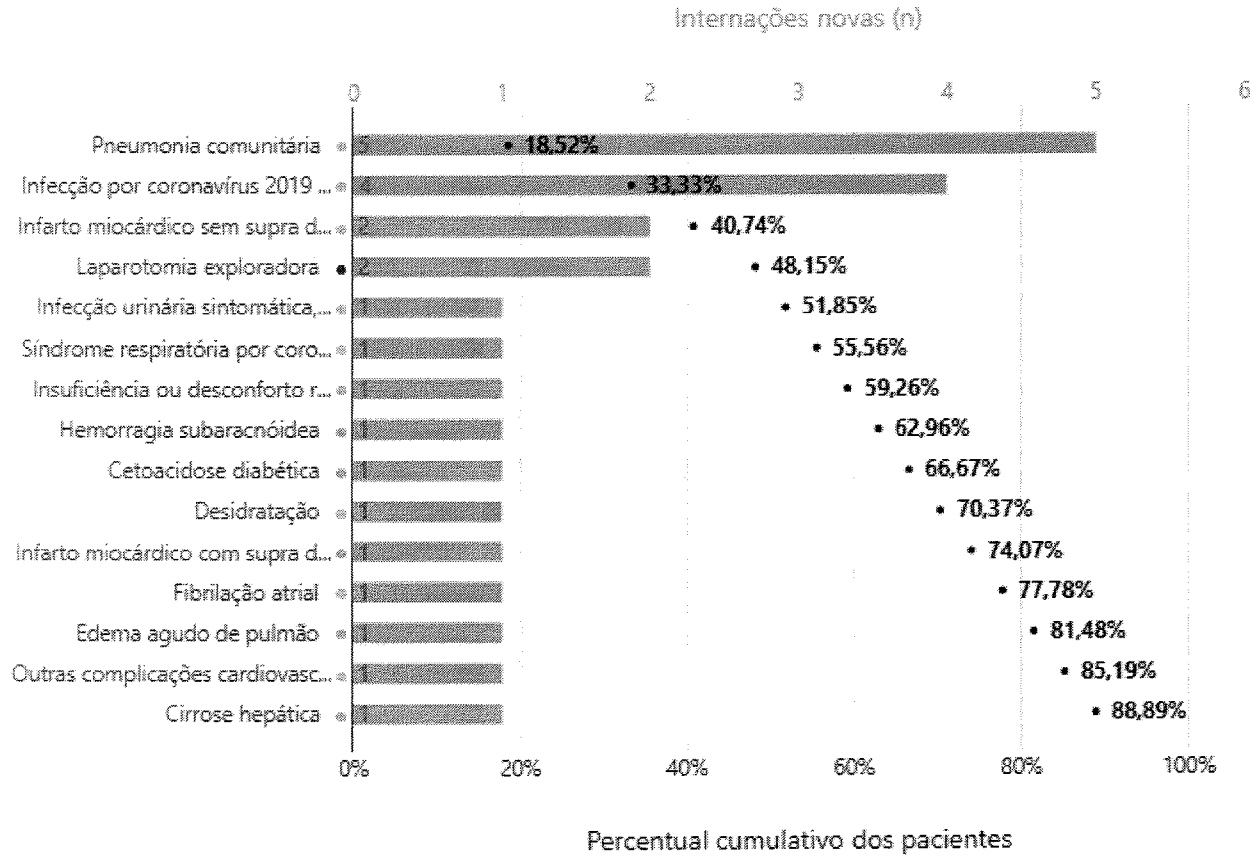


Gravidade da Internação – Escore Saps 3

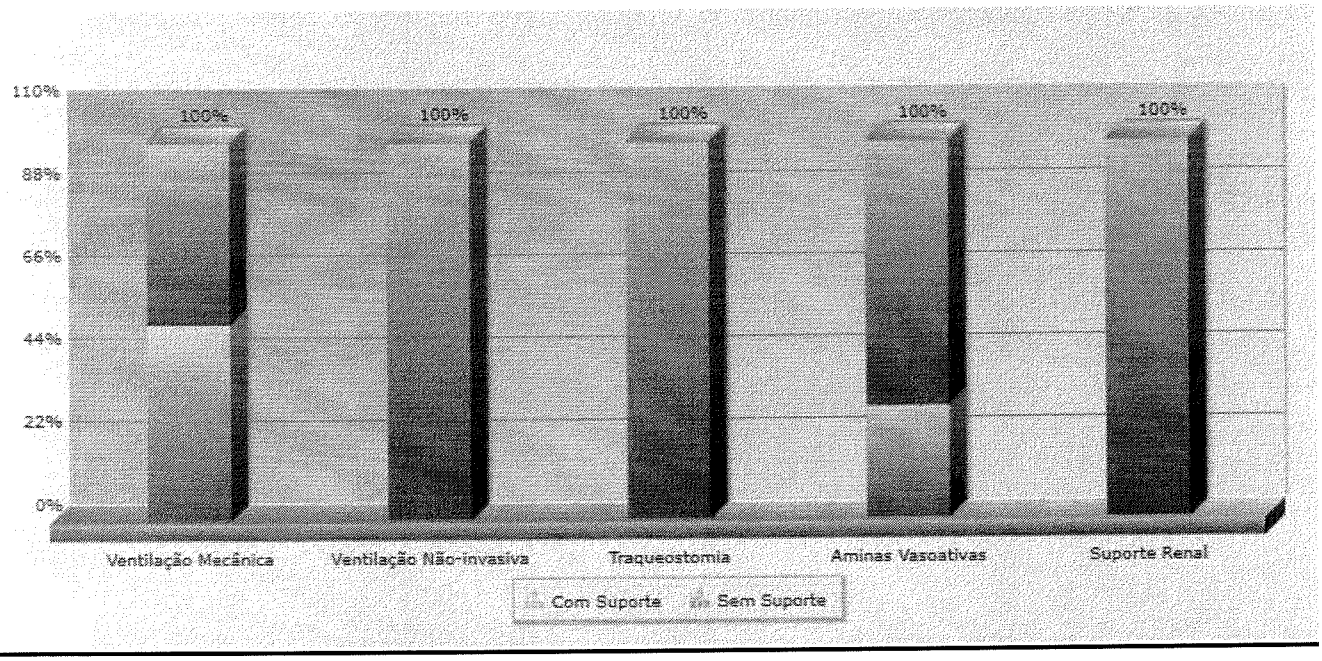


CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

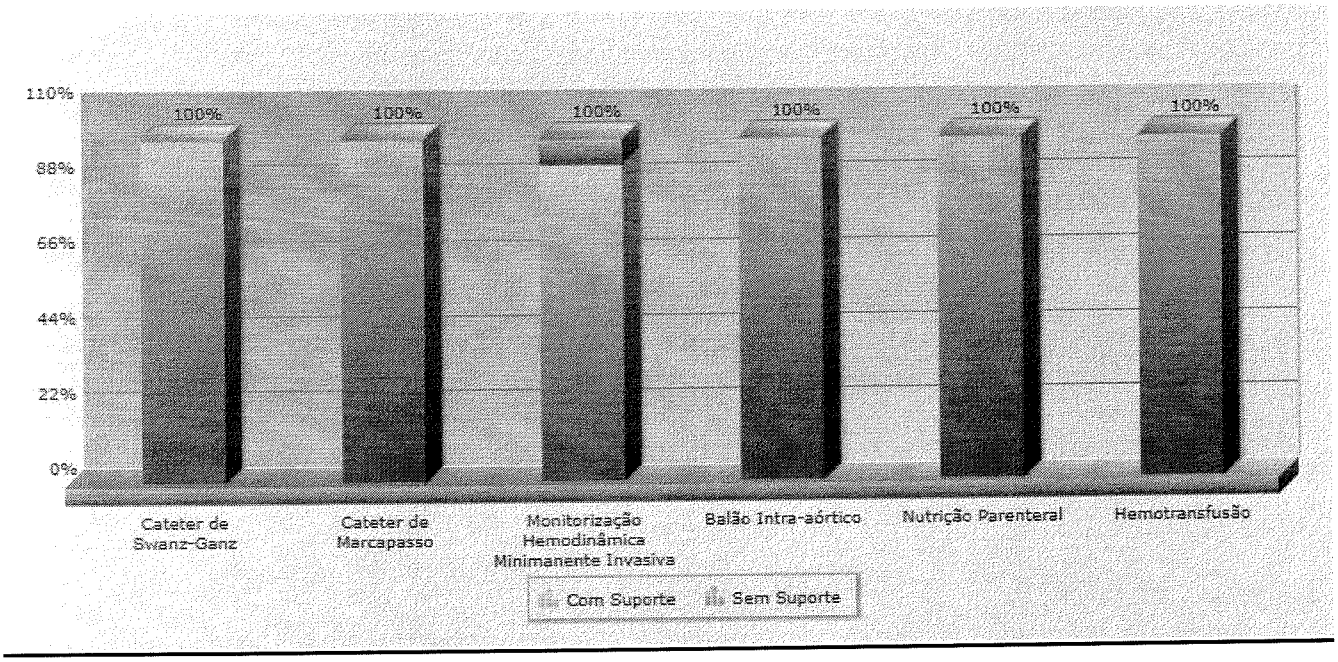
DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I

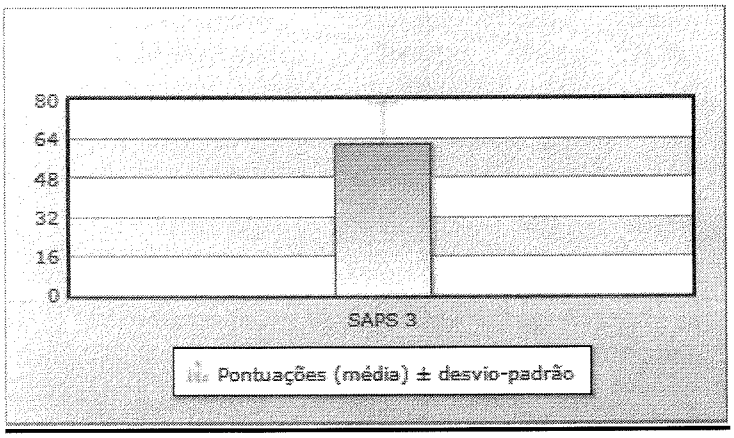


MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II

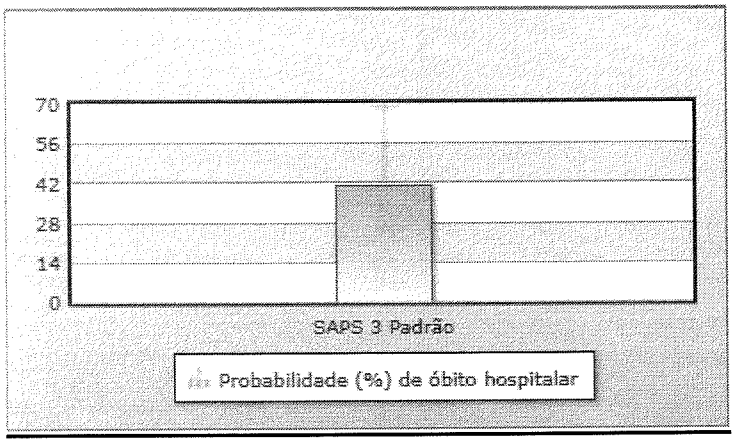


Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

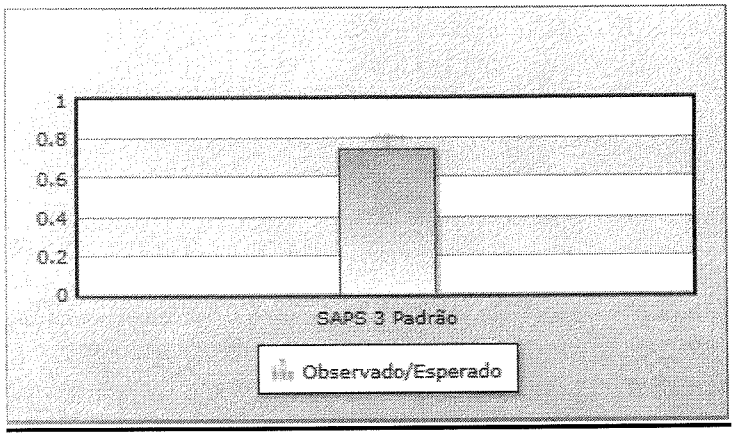
SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



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

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