

Prestação de Contas

Julho
2020

Mirandópolis



G3333110113380711
31/07/2020 11:11:22

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
30/06/2020		0000	00000 000 Saldo Anterior			0,00 C
01/07/2020		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	23.147,84 C	
			01/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.101	1.447,72 D	
			BANCO SOFISA S/A			
01/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.102	646,23 D	
			BANCO SOFISA S/A			
01/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.103	935,66 D	
			BANCO SOFISA S/A			
01/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.104	6.057,00 D	
			TICKET SERVICOS S/A			
01/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.105	3.022,87 D	
			BANCO SOFISA S/A			
01/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.106	8.771,40 D	
			TICKET SERVICOS S/A			
01/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.107	2.266,96 D	0,00 C
			BANCO SOFISA S/A			
02/07/2020		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	39.673,50 C	
			02/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
02/07/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	70.201	39.673,50 D	0,00 C
			341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/07/2020		0000	14138 632 Ordem Banc?ria	202.007.030.023.458	355.226,00 C	
			463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
06/07/2020		6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	256.358,18 D	
			06/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/07/2020		0000	13134 250 Folha de Pagamento	44.152	62.983,80 D	
06/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.601	2.750,60 D	
			UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC			
06/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.602	569,17 D	
			BANCO SOFISA S/A			
06/07/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	70.603	28.000,00 D	
			077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI			
06/07/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	70.604	1.718,56 D	
			104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
06/07/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	70.605	1.478,01 D	
			237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
06/07/2020		0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	70.606	1.367,68 D	0,00 C
			237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
07/07/2020		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	14.939,38 C	
			07/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
07/07/2020		0000	13105 375 Impostos	70.701	2.085,36 D	
			FGTS ARREC GRFGTS-UNICO			
07/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.702	1.976,37 D	
			BANCO SOFISA S/A			
07/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.703	2.034,89 D	
			BANCO SOFISA S/A			
07/07/2020		0000	13105 109 Pagamento de Boleto	70.704	2.570,25 D	
			BANCO SOFISA S/A			
07/07/2020		0000	13105 375 Impostos	70.705	6.272,51 D	0,00 C
			FGTS ARRECADACAO GRF			
08/07/2020		3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	20.829,98 C	

			08/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
08/07/2020	0000	13134 250	Folha de Pagamento	18.347	5.516,58 D
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.801	753,07 D
			THOMSON REUTERS BRAS		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.802	1.243,08 D
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.803	145,80 D
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.804	2.303,83 D
			BANCO SOFISA S/A		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.805	949,24 D
			BANCO SOFISA S/A		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.806	1.143,08 D
			BANCO SOFISA S/A		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.807	982,95 D
			BANCO SOFISA S/A		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.808	1.222,70 D
			BANCO SOFISA S/A		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.809	1.088,74 D
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.810	771,81 D
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.811	297,40 D
			AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.812	680,00 D
			BIOMEDICAL		
08/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	70.813	3.731,70 D
			BANCO SOFISA S/A		0,00 C
13/07/2020	3062	99015 870	Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	27.035,38 C	
			13/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.301	1.921,24 D
			BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.302	9.500,00 D
			ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.303	3.732,54 D
			LABORATORIO SAO PAULO		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.304	410,60 D
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.305	116,40 D
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.306	3.341,48 D
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.307	3.274,37 D
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
13/07/2020	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	71.308	2.100,00 D
			033 0011 018188137000187 MARIA DAS NEV		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.309	70,00 D
			RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA		
13/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	71.310	2.568,75 D
			SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO		0,00 C
20/07/2020	3062	99015 870	Transfer?ncia recebida 553.062.007.004.231	126.948,14 C	
			20/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
20/07/2020	6790	99015 470	Transfer?ncia enviada 550.058.000.059.599	934,00 D	
			20/07 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C		
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.001	2.568,75 D
			SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO		
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.002	179,90 D
			F B BABETO ME		
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.003	1.083,10 D
			BANCO SOFISA S/A		
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.004	1.200,75 D
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.005	565,00 D
			BANCO SOFISA S/A		
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.006	492,83 D

			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.007	1.516,83 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.008	2.120,75 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.009	2.360,39 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.010	406,05 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
20/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.011	864,23 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
20/07/2020	0000	13105 196	INSS Arrecada??o	72.012	4.480,64 D	
			GPS- Ident.: 45349461000889 - 06/2020			
20/07/2020	0000	13105 375	Impostos	72.013	666,96 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
20/07/2020	0000	13105 375	Impostos	72.014	1.637,33 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
20/07/2020	0000	13105 375	Impostos	72.015	5.075,73 D	
			RFB- DARF PRETO CALCULADO			
20/07/2020	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	72.016	100.794,90 D	0,00 C
			341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
27/07/2020	3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	3.013,15 C	
			27/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
27/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.701	680,00 D	
			BIOMEDICAL			
27/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.702	2.333,15 D	0,00 C
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
28/07/2020	3062	99015 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	6.364,62 C	
			28/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
28/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.801	280,62 D	
			CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA			
28/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.802	546,65 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
28/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.803	2.552,00 D	
			HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE ME			
28/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.804	1.842,70 D	
			BANCO SOFISA S/A			
28/07/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	72.805	859,65 D	
			BANCO SOFISA S/A			
28/07/2020	0000	13113 170	Tarifa Modulo	822.100.903.401.608	60,00 D	
			Cobrança referente a 27/07/2020			
28/07/2020	0000	13113 170	Tarifa Modulo	822.100.904.583.774	70,00 D	
			Cobrança referente a 27/07/2020			
28/07/2020	0000	13113 435	Tarifa Pacote de Servi?os	892.100.900.174.497	153,00 D	0,00 C
			Cobrança referente a 27/07/2020			
31/07/2020	3062	03062 870	Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	471.723,27 C	
			31/07 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
31/07/2020	0000	00000 999	S A L D O			471.723,27 C
Saldo						471.723,27 C
Juros						0,00
Data de Debito de Juros						31/07/2020
IOF						0,00
Data de Debito de IOF						03/08/2020

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



Emissão de comprovantes

G3360914471261771
09/08/2020 18:33:03

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091475389901044683040000144772

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 70.101

DATA DE VENCIMENTO 02/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 01/07/2020

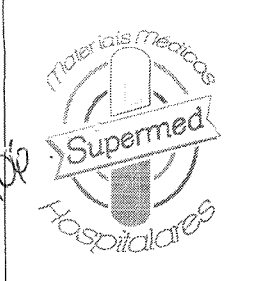
VALOR DO DOCUMENTO 1.447,72

VALOR COBRADO 1.447,72

=====

NR.AUTENTICACAO B.538.9EC.D7C.02D.1E1

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 Autorizativa - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 86402
SERIE 1
FOLHA 1/1



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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

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

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

CHAVE DE ACESSO
3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0864 0210 0043 5657

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200445603476 02/06/2020 21:41:30

CNPJ
11.206.099/0004-41

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/06/2020

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
03 JUN 2020

FATURA / DUPLICATA

001	02/07/2020	1.447,72			
-----	------------	----------	--	--	--

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
1.447,72	174,07	0,00	0,00	1.447,72
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.447,72

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

QUANTIDADE
2

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO
3,22

PESO LÍQUIDO
3,22

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF
SP

CNPJ/CPF
01125797000701

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

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
26077	LUBEM GTS MORANGO 10ML -NATULAB LT 117274 (5) 03/2022 (Fornecedor: 960, Lote: 11727-4, Qtde: 5, Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 30/03/2022)	30049099	000	5102	FR	5	1,1600	5,80	5,80	1,04		18,00	
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA-FARMA LT 78NK4032 (1) 10/2021 \ LT 78NK40-34 (1) 10/2021 (Fornecedor: 2681, Lote: 78NK4032, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/2021 / Fornecedor: 2681, Lote: 78NK4034, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/2021)	30041019	000	5102	CX	2	653,3600	1.306,72	1.306,72	156,81		12,00	
28418	NISTATINA+OX. ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 1921976 (3) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lote: 1921976, Qtde: 3, Data Fab: 11/11/2019, Data Val: 11/11/2021)	30049099	000	5102	TB	3	6,0400	18,12	18,12	2,17		12,00	
22871	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 5AMP 3ML GEN-TEUTO (PORT.344/98) LT 41300007 (4) 02/2023 (Fornecedor: 258, Lote: 41300007, Qtde: 4, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2023)	30049099	000	5102	CX	4	29,2700	117,08	117,08	14,05		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R1V1||UTI - MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . .

Pedido: 86572

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

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

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota.....: 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 05/06/20

ASS. *[Assinatura]*

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

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

OK

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000091475390201046983040000064623

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 70.102

DATA DE VENCIMENTO 02/07/2020

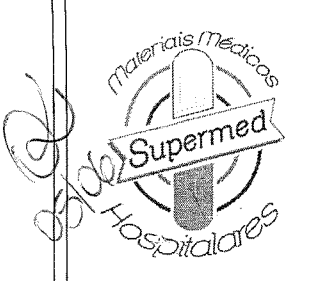
DATA DO PAGAMENTO 01/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 646,23

VALOR COBRADO 646,23

=====

NR.AUTENTICACAO C.C44.E50.2CF.CF3.B1B



**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

Nº 442061
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3120 0611 2060 9900 0107 5500 1000 4420 6110 0106 0171

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203696475229 02/06/2020 20:28:21

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE VALIDADE
03 JUN 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 02/07/2020 646,23

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
539,43	46,95	0,00	0,00	646,23
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				646,23

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

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

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

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
13430	AG.DESC.25 X 07 C/100-SOLIDOR LT 53118053 (4)05/23 (Fornecedor: 4, Lote: 53118053, Qtde: 4, Data Fab: 13/06/2019, Data Val: 31/05/2023)	90183219	200	6108	CX	4	6,6400	26,56	26,56	1,06		4,00	
27355	LUVA CIRURG.7,0 EST.C/200 PARES-LEMGRUBER LT LP004K (1)02/23 (Fornecedor: 7934, Lo- te: LP004K, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2023)	40151100	000	6108	CX	1	317,1700	317,17	317,17	38,06		12,00	
28697	SONDA ENT.12FR AD.110CM C/EST.PC-MARK MED LT 15233 (10)05/24 (Fornecedor: 164, Lote: 15233, Qtde: 10, Data Fab: 01/05/2020, Da- ta Val: 31/05/2024)	90183921	040	6108	PCT	10	10,6800	106,80					
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT G11 (2)01/24 (Fornecedor: 4, Lote: G11, Qtde: 2, Data Fab: 05/02/2019, Data Val: 30/01/- 2024)	90183119	200	6108	CX	2	97,8500	195,70	195,70	7,83		4,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - 0107/2017#R41 B8...

ITENS 1,4 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 50,15

Pedido: 410430

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

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,11

RESERVAÇÃO DE USO
Secretaria do Estado da Saúde
RGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 05/10/20

ASS. *[Assinatura]*

mercadorias avançadas, ou tantas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento de transportes.

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000091475391001049183040000093566

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 70.103

DATA DE VENCIMENTO 02/07/2020

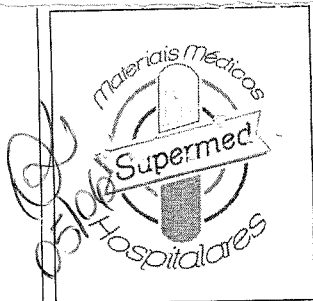
DATA DO PAGAMENTO 01/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 935,66

VALOR COBRADO 935,66

=====

NR.AUTENTICACAO F.BB0.1F5.A89.FBC.D0A



**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 442115
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

131203696529376 02/06/2020 21:56:53

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203696529376 02/06/2020 21:56:53

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

03 JUN 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 02/07/2020 935,66

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
935,66	112,28	0,00	0,00	935,66
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				935,66

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

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

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

13,13

13,13

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
26723	BISOPROLOL 5MG 30CP REVEST. GEN- EMS LT 1P3543 (1)03/22 (Forneced- dor: 335, Lote: 1P3543, Qtde: 1, Data Fab: 17/03/2020, Data Val: 17/03/2022)	30049039	500	6108	CX	1	7,6000	7,60	7,60	0,91		12,00	
28424	MONO.ISOSSORBIDA 20MG 30CP GEN-BIOLAB LT 1047120 (2)12/21 (Fornecedor: 1767, Lo- te: 1047120, Qtde: 2, Data Fab: 01/12/201- 9, Data Val: 30/12/2021)	30049059	500	6108	CX	2	3,4400	6,88	6,88	0,83		12,00	
12157	DEXAMETASONA 4MG 100AMP 2,5ML GEN-FARMACE LT DX191147 (1)09/21 (Fornecedor: 2385, Lote: DX191147, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/- 2019, Data Val: 30/09/2021)	30039099	000	6108	CX	1	66,8800	66,88	66,88	8,03		12,00	
12359	VANCOMICINA (NOVAMICIN) 500MG 50FAM-NOVA- FARMA LT 78NM4805 (1)12/21 (Forneced- dor: 1901, Lote: 78NM4805, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 31/12/2021)	30042071	000	6108	CX	1	237,9800	237,98	237,98	28,56		12,00	
9984	TOPCOID GEL 5MG/G 40G-U.QUIMICA LT 1946478 (3)12/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 1946478, Qtde: 3, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2022)	30049099	000	6108	TB	3	8,7000	26,10	26,10	3,13		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017#R42 B5...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 56,14

Pedido: 410435

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

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/10/20
ASS: *[Assinatura]*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 442115
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0611 2060 9900 0107 5500 1000 4421 1510 0108 7080

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203696529376 02/06/2020 21:56:53

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
8532	AGUA P. INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT HDV1 (4)04/22 (Fornecedor: 15842, Lote: HDV1, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	6108	CX	4	79,8500	319,40	319,40	38,33		12,00	
12469	CL. TRAMADOL(A2) 50MG 50CAP GEN-TEUTO (PORT.344/98) LT 2601340 (1)08/21 (Fornec- cedor: 258, Lote: 2601340, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30049039	000	6108	CX	1	10,7900	10,79	10,79	1,29		12,00	
12208	PREDI-MEDROL 40MG/ML 1FAM 2ML-U.QUIMICA LT 1942398 (11)10/21 2001881 (4)0 1/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 1942398, Qtde: 11 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/20- 21 / Fornecedor: 1390, Lote: 2001881, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 30/01/2022)	30043290	500	6108	FAM	15	13,9000	208,50	208,50	25,02		12,00	
23523	QUETIAPINA(C1) 25MG 30CP REV.- GEN-EMS (PORT.344/98) LT 1P3112 (10)02/22 (Fornecedor: 335, Lote: 1P3112, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/20- 22)	30049079	000	6108	CX	10	5,1530	51,53	51,53	6,18		12,00	

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090321886559293781658220009383050000605700

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 70.104

DATA DE VENCIMENTO 03/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 01/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 6.057,00

VALOR COBRADO 6.057,00
=====

NR.AUTENTICACAO 0.670.DB7.7B6.0BA.8F6



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

20200602047866934000174

RPS Nº 656948 Série C2, emitido em 28/05/2020

Número da Nota

19775665

Data e Hora de Emissão

29/05/2020 00:43:47

Código de Verificação

7VDK-GC9Z

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: ASSOCIAÇÃO 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 DISPONIBILIZAÇÃO DE BENEFÍCIO QTD 39 R\$6.053,10
 Tarifa de Gestão de Cobrança R\$3,90
 Ped.: 22385714 Contrato: 2004030048091 IE: ISENTO IM:
 IRE 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
 LEI 12741/12 VL. TRIB. R\$ 0,44
 Data de Vencimento: 03/07/2020
 VALOR TOTAL: R\$6.057,00

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90

ISS (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 656948 Série C2, emitido em 28/05/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2020;

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



NOTA DE DÉBITO

Número
656948-ND

Data de Emissão
28/05/2020

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.:22385714 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

656948-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 6.053,10

FORMA DE PAGAMENTO

03/07/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 656948 de 28/05/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 654085

Realizado em: 28/05/2020

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: 01/06/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA A S FARI	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
295.136.688-43	2126	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 300,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISBOA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
379.629.418-98	2127	ISADORA M CASTRO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 6.053,10

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 38

Data de Entrega: 01/06/2020

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

Contrato: 2004030048091

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		01/06/2020	38	R\$ 6.053,10

		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 Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000091479785301049783050000302287

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 70.105

DATA DE VENCIMENTO 03/07/2020

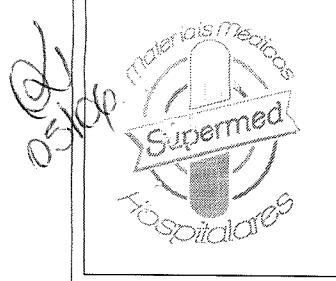
DATA DO PAGAMENTO 01/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.022,87

VALOR COBRADO 3.022,87

=====

NR.AUTENTICACAO 4.F1D.18D.BFF.981.30A



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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 86468
SERIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO
3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0864 6810 0018 7949

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
135200447682911 03/06/2020 12:36:57

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
03/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
03 JUN. 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 03/07/2020 3.022,87

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
2.901,97	505,16	0,00	0,00	3.022,87
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				3.022,87

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE
11

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

54,37

54,37

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
27183	AT.CREPE 10X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 15/04 (4) 04/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 15/0-4, Qtde: 2 ,Data Fab: 06/04/2020, Data Val: 06/04/2025)	90211020	040	5102	DZ	2	4,3100	8,62					
13583	CATETER IV 22G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA0210 (2) 09/20-24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA0210, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183929	200	5102	CX	1	73,1400	73,14	73,14	13,17		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (4) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/11/-2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	2	18,7300	37,46	37,46	6,74		18,00	
12663	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP L.SLIP C/20-EMBRA-MED REF.491633 LT 2000003692 (2) 12/2022 (Fornecedor: 1496, Lote: 2000003692, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/01/2020, Data Val: 29/12/-2022)	90189010	000	5102	PCT	1	21,5400	21,54	21,54	3,88		18,00	
24091	SONDA NASOGAST.LONGA N.16 C/10-MEDSONDA REF.10104160 LT 50545 (2) 04/2023 (Fornecedor: 9657, Lote: 50545, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2023)	90183929	000	5102	PCT	1	9,8300	9,83	9,83	1,77		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V3R7V8||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 23 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 23 ICMS-ST retido por operação anterior base: 38,22 valor: 2,04
Pedido: 86567
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,32

RESERVADO AO FISCO

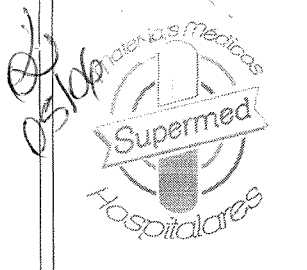
HBB - UTI MIRANDÓ

RECIDO 03/10/2020
[Assinatura]

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020

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

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 86468
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0864 6810 0018 7949

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

135200447682911 03/06/2020 12:36:57

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

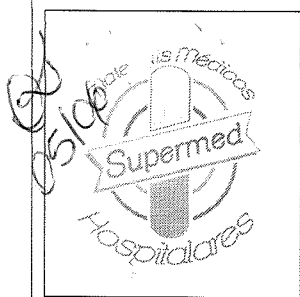
CNPJ

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
28844	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML MEDSHARP LT BR02042009E (20) 04/2022 (Fornecedor: 145-2, Lote: BR02042009E, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	90183929	440	5102	UND	10	6,0300	60,30					
13581	EQ.MICRO C/BURETA F/A+P LL 150ML C/10-SO-LIDOR LT 78119092 (2) 09/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 78119092, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	41,4900	41,49	41,49	7,47		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 38119S06AAAA (12) 08/2021 (Fornecedor: 20-80, Lote: 38119S06AAAA, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2021)	90181100	200	5102	PCT	6	14,0100	84,06	84,06	15,13		18,00	
16790	ESCOVA C/ CLOREXIDINA C/48-VIC PHARMA LT M26402 (2) 11/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: M26402, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/20-19, Data Val: 30/11/2022)	30039099	000	5102	CX	1	78,6400	78,64	78,64	14,16		18,00	
23135	DERMAEX AGE 200ML C/24-NUTRIEX LT 1907140 (1) 07/2021 (Fornecedor: 2029, Lote: 1907-140, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/07/2019, Data Val: 17/07/2021)	15121919	000	5102	CX	1	79,7100	79,71	79,71	14,35		18,00	
23054	C.G.7,5 X 7,5 13F N.ESTERIL-CLEAN LT 1913-03/20 (12) 03/2024 (Fornecedor: 1886, Lote: 191303/20, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2-020, Data Val: 01/03/2024)	58030010	000	5102	PCT	6	8,6300	51,78	51,78	9,32		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1749N4 (20) 04/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1749N4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183219	400	5102	CX	10	7,7000	77,00	77,00	9,24		12,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 460N4 (8) 01/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 460N4, Qtde: 4 ,Data Fab: 31/01/2020, Data Val: 31/01/-2025)	90183219	400	5102	CX	4	6,2900	25,16	25,16	3,02		12,00	
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE-CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0002 (4) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0002, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/-2024)	39269030	500	5102	CX	2	19,9000	39,80	39,80	7,16		18,00	
22390	SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 17610 (2) 10/2022 (Fornecedor: 7960, Lote: 17610, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/10/201-7, Data Val: 09/10/2022)	90183929	200	5102	CX	1	45,9200	45,92	45,92	8,27		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H333 (6) 05/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H333, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2025)	90183119	200	5102	CX	3	61,4600	184,38	184,38	22,12		12,00	
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SRI5-2/19MM (4) 08/2024 (Fornecedor: 1925, Lote: SRI52/19MM, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/-2019, Data Val: 30/08/2024)	40151900	000	5102	CX	2	362,6400	725,28	725,28	130,55		18,00	
27248	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/2-0-BOMPACK LT BLNB005 (2) 08/2024 (Fornecedor: 1837, Lote: BLNB005, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	40151900	200	5102	CX	1	865,4500	865,45	865,45	155,78		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310023C (2) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310023C, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/1-2/2019, Data Val: 09/12/2024)	48191000	000	5102	CX	1	70,0300	70,03	70,03	12,61		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.II.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 25082019 (2) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 25082019, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/08/-2019, Data Val: 25/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	1	26,6200	26,62	26,62	4,79		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEAAA0018 (4) 06/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SEEAAA0018, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90189099	200	5102	PCT	2	28,6400	57,28	57,28	10,31		18,00	

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 86468
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0864 6810 0018 7949

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

135200447682911 03/06/2020 12:36:57

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
28752	MASC.P/TUBER N95(PFF2) AZ C/20-NUTRIEX LT 2004008 (2) 04/2023 (Fornecedor: 2612, Lote: 2004008, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/04/202- 0, Data Val: 09/04/2023)	63079010	000	5102	CX	1	307,4000	307,40	307,40	55,32		18,00	
27771	CHLORCLEAR ENXAGUANTE BUCAL 0,12% 25- OML-VICPHARMA LT C9154 (12) 03/2022 (Fornecedor: 7744, Lote: C9154, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/20- 22)	33069000	060	5405	CX	6	8,6633	51,98					

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090321926363293781658220009283080000877140

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	70.106
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	06/07/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	01/07/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	8.771,40
--------------------	----------

VALOR COBRADO	8.771,40
---------------	----------

=====

NR.AUTENTICACAO	F.310.D30.6A3.2BC.239
-----------------	-----------------------

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 678141 Série C2, emitido em 29/05/2020	Número da Nota 19793933			
	Data e Hora de Emissão 31/05/2020 18:27:22 Código de Verificação 7ZMY-MIEC			
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: ASSOCIAÇÃO 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 DISPONIBILIZAÇÃO DE BENEFÍCIO QTD 36 R\$8.767,50 GESTÃO DE COBRANÇA R\$3,90 Ped.: 02390127 Contrato: 2004030057121 IE: ISENTO IM: IRF 1,50%-IN/8RF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL TRIB. R\$ 0,44 Data de Vencimento: 06/07/2020 VALOR TOTAL: R\$8.771,40				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 3,90				
ISS (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 678141 Série C2, emitido em 29/05/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/06/2020;				

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



NOTA DE DÉBITO

Número
678141-ND

Data de Emissão
29/05/2020

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 36 R\$8.767,50
Ped.:22390127 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:

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

VALOR TOTAL: R\$ 8.767,50

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

678141-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 8.767,50

FORMA DE PAGAMENTO

06/07/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 678141 de 29/05/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 654230

Realizado em: 28/05/2020

Valor (R\$): 8.767,50

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\$): 8.767,50

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 36

Data de Entrega: 02/06/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
272.138.738-30	27213873830	ALESSANDRA A S FARI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
295.556.788-47	2163	ALESSANDRA C MARDEGAN	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 140,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISBOA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
353.336.248-52	35333624852	GILSON F GUEDES SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 437,50
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual R\$ 227,50
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 8.767,50

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 36

Data de Entrega: 02/06/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DÍAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
095.493.888-75	2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
061.725.928-31	2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
354.059.608-96	35405960896	LAIS MARANI SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 367,50
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
400.061.728-14	2148	LUCAS CARVALHO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
427.566.218-03	2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 350,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
298.440.178-66	2155	PRISCILA S LEITE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
259.782.788-73	2128	REGINA L P RODRIGUES DE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
304.418.188-70	30441818870	SONIA DOS SANTOS ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 350,00
298.834.288-12	29883428812	VALERIA CRISTINA SOUZA C	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50

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

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
AHBB SEDE	AHBB MIRANDOPOLIS		02/06/2020	36	R\$ 8.767,50
			TOTAL BENEFÍCIOS	36	R\$ 8.767,50
TAXA		VALOR		BASE	SUBTOTAL

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\$ 8.767,50
Taxas	R\$ 0,00
TOTAL	R\$ 8.767,50

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000091488806901042283090000226696

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 70.107

DATA DE VENCIMENTO 07/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 01/07/2020

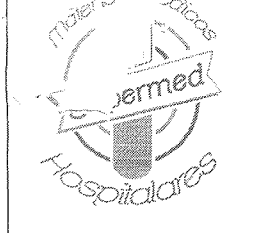
VALOR DO DOCUMENTO 2.266,96

VALOR COBRADO 2.266,96

=====

NR.AUTENTICACAO 8.228.BCF.D68.5E9.C39

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 84189
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0841 8910 0046 9139

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200419724799 26/05/2020 14:33:15

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/05/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

26 MAI 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 07/07/2020 2.266,96

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
2.196,92	376,48	0,00	0,00	2.266,96
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				2.266,96

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 8	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 34,92	PESO LÍQUIDO 34,92

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
4449	TURBANTE DESC.ELAST.C/10- 0-DESCARP LT STEFAA0095 (8) 09/2024 (Fornecedor: 918, Lote: STEFAA0095, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 29/09/- 2024)	65050090	200	5102	PCT	8	19,2338	153,87	153,87	27,70		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT SEUUA0014 (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0014, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/- 2024)	90189010	200	5102	PCT	1	22,4000	22,40	22,40	4,03		18,00	
10708	SONDA ENT.10FR AD.120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED REF.1904G REF. 492002 LT 2000008030 (6) 02/2023 (Fornecedor: 1496, Lote: 20000080- 30, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 28/02/2023)	90183921	040	5102	PC	6	11,6733	70,04					
28883	MASC TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/2- 5A2-BOMPACK LT EMTH001 (4) 04/2025 (Forne- cedor: 1837, Lote: EMTH001, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	63079010	200	5102	PCT	4	52,5000	210,00	210,00	37,80		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R5V7||UTI MIRANDOPOLIS - 0107/2017 . . .
ITEM 3 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 84313
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota....: 3 Cubagem: 0,22

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/05/2020
ASS. *[Assinatura]*

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

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



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

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 84189
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0511 2060 9900 0441 5500 1000 0841 8910 0046 9139

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.52
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

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

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14
VALOR: R\$ 39.673,50
DEBITO EM: 02/07/2020

=====

DOCUMENTO: 070201
AUTENTICACAO SISBB: 6.771.FBA.D64.281.314

	PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e		Número da Nota	
			00000096	
20200701034298678000114		Data e Hora de Emissão		
		01/07/2020 11:02:32		
		Código de Verificação		
		VCZM-BXD9		
PRESTADOR DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14 Inscrição Municipal: 6.343.469-5				
Nome/Razão Social: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCRITORIO LTDA				
Endereço: R CONCEICAO DE MONTE ALEGRE 107, BLOCO B - Cidade Monções - CEP: 04563-060				
Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS				
Nome/Razão Social: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ---				
Endereço: End AV JOSE ARIANO RODRIGUES - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-000				
Município: Lins UF: SP E-mail: contabilidade@ahbb.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS				
CPF/CNPJ: --- Nome/Razão Social: ---				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS				
SERVIÇOS DE GESTÃO : ADMINISTRATIVO, RECURSOS HUMANOS, CONTABILIDADE, CONTROLADORIA E PRESTAÇÃO DE CONTAS - UTI DO HOSPITAL ESTADUAL " DR. OSWALDO BRANDI FARIA" DE MIRANDÓPOLIS - SP				
COMPETÊNCIA: 06/2020				
CONVÊNIO 0107/2017 - TERMO ADITIVO 001/2020				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 39.673,50				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
06491 - Fornecimento de mão-de-obra em caráter temporário, de empregados ou trabalhadores.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	*	*	*	0,00
Município da Prestação do Serviço		Número Inscrição da Obra	Valor Aproximado dos Tributos / Fonte	
-		-	-	
OUTRAS INFORMAÇÕES				
(1) Esta NFS-e foi emitida com respaldo na Lei nº 14.097/2005; (2) Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional;				

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

02/07/2020
 211

06/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:13:07
679006790 SEGUNDA VIA 0007
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	06/07/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	256.358,18

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

NR. AUTENTICACAO	A.39C.71D.E54.59A.750
------------------	-----------------------

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

J: 45.349.461/0008-89
ulo: Folha Mensal
ipetência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:24:49

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.736,80
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.787,74
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	2.869,73
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.477,79
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.662,79
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.754,12
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.642,39
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.611,64
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.009,97
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	788,12
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	1.718,31
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.432,07
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	1.699,79
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.735,53
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	1.496,29
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.477,79
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SAN	379.629.418-98	43,03
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.305,90
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.736,80
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 FER	427.001.668-09	1.477,79
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.662,79
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.477,79
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.336,40
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	1.367,68
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.477,79
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	1.508,44
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.716,78
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.477,79
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.658,35
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.542,46
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.697,95
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.718,56
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	4.172,92
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.477,80
Empregados: 39			
Estagiários: 0			
Contribuintes: 0			
Total da Empresa:			67.548,05

MIRANDOPOLIS, 05/07/2020

Responsável:

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:14:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

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

1 Proventos:	1.891,33	Descontos:	154,53	Informativa:	151,30	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.736,80
1 Base INSS:	1.891,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.891,33	Valor FGTS:	151,30	Base IRRF:	1.547,21

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

8781 DIAS NORMAIS	16,00	1.359,15 P	998	I.N.S.S.	9,49	296,66 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	14,00	1.189,26 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	40,91 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	97,53 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	79,40	367,90 P				

2 Proventos:	3.125,31	Descontos:	337,57	Informativa:	250,02	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.787,74
1 Base INSS:	3.125,31	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.125,31	Valor FGTS:	250,02	Base IRRF:	2.449,47

Período igual ou inferior a 15 dias: 15/06/2020 a 28/06/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,69	317,62 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	89,01 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95 P				

0 Proventos:	3.276,36	Descontos:	406,63	Informativa:	262,10	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.869,73
0 Base INSS:	3.276,36	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.276,36	Valor FGTS:	262,10	Base IRRF:	2.958,74

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,13	147,22 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30 P				

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

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

PJ: 45.349.461/0008-89
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:14:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	1,00	46,59 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	690,39 D
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	15,00	698,86 P	812 INSS FERIAS	8,02	60,19 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	0,79	0,79 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	4,54 D
807 VANTAGENS FERIAS	97,53	97,53 P	998 I.N.S.S.	7,50	64,26 D
8783 DIAS FERIAS	14,00	652,26 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	104,50 P			

1 Proventos: 1.607,50 Descontos: 819,38 Informativa: 128,60 Informativa Dedutora: 0,01 Líquido: 788,12
0 Base INSS: 1.607,50 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.607,50 Valor FGTS: 128,59 Base IRRF: 598,53
Data maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020

Período: 17/06/2020 - 16/07/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72 P	998 I.N.S.S.	8,16	152,71 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,30 P			

0 Proventos: 1.871,02 Descontos: 152,71 Informativa: 149,68 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.718,31
0 Base INSS: 1.871,02 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.871,02 Valor FGTS: 149,68 Base IRRF: 1.718,31

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

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

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

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

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,17	154,41 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	111,45	283,23 P			

0 Proventos: 1.889,94 Descontos: 154,41 Informativa: 151,19 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.735,53
0 Base INSS: 1.889,94 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.889,94 Valor FGTS: 151,19 Base IRRF: 1.735,53

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:14:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
1 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
0 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,95 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,94 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
1 Proventos: 1.606,95 Descontos: 128,94 Informativa: 128,55 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.478,01
1 Base INSS: 1.606,95 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,95 Valor FGTS: 128,55 Base IRRF: 1.288,42

Nome: 3207 GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS Situação: Trabalhando CPF: 353.336.248-52 PIS: 129.46805.26-5
Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/05/2020 CTPS/Série:
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
1 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: 1.306,70

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
2 Proventos: 1.606,71 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,61

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Cargo: Folha Mensal
Competência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:14:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	1,00	39,72 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.279,10 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	35,16	35,16 P	812 INSS FERIAS	7,91	109,86 D
807 VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	0,16 D
8783 DIAS FERIAS	29,00	1.151,77 P	998 I.N.S.S.	7,50	3,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97 P			

0 Proventos:	1.435,65	Descontos:	1.392,62	Informativa:	114,84	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	43,03
0 Base INSS:	1.435,65	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.435,65	Valor FGTS:	114,84	Base IRRF:	43,03

IAS DE 02/06/2020 - 01/07/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	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

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

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

2 Proventos:	1.891,33	Descontos:	154,53	Informativa:	151,30	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.736,80
1 Base INSS:	1.891,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.891,33	Valor FGTS:	151,30	Base IRRF:	1.357,62

Empregado: 2146 KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA Situação: Trabalhando CPF: 389.267.668-29 PIS: 164.11866.81-4
Cargo: 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

Empregado: 2771 LAIS MARANI SILVA Situação: Trabalhando CPF: 354.059.608-96 PIS: 129.46882.17-0
Cargo: 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/DOENÇA 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

Para período igual ou inferior a 15 dias: 12/06/2020 a 12/06/2020

CPF: 45.349.461/0008-89
Título: Folha Mensal
Competência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:14:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

Emp.: 2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ Situação: Trabalhando CPF: 427.001.668-09 PIS: 204.92505.78-5
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 018787/00397
Emp.: 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

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,13 147,22 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 80,00 203,30 P
0 Proventos: 1.810,01 Descontos: 147,22 Informativa: 144,80 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.662,79
0 Base INSS: 1.810,01 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.810,01 Valor FGTS: 144,80 Base IRRF: 1.662,79

Emp.: 2149 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO Situação: Trabalhando CPF: 427.566.218-03 PIS: 203.30629.68-3
Emp.: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 019982/00370
Emp.: 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

Emp.: 2129 MARCIA MAIARA POSSENTI Situação: Trabalhando CPF: 382.523.438-05 PIS: 204.89256.27-3
Emp.: 8 AUX. ADMINIST. Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 066232/00315
Emp.: 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

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

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.191,49 P 998 I.N.S.S. 7,94 118,03 D
16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
247 ADICIONAL NOTURNO 40% 39,34 85,22 P
0 Proventos: 1.485,71 Descontos: 118,03 Informativa: 118,85 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.367,68
0 Base INSS: 1.485,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.485,71 Valor FGTS: 118,85 Base IRRF: 1.367,68

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

PJ: 45.349.461/0008-89
Culo: Folha Mensal
npetência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:14:26

pregados

EXTRATO MENSAL

Pr.: 2721 NATALIA PAZINATO DA SILVA	Situação: Trabalhando	CPF: 434.914.478-10	PIS: 204.97661.73-4
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 25/01/2019	CTPS/Série: 097817/00439
900	Depto: 600	Filial: 1	Salário: 1.397,71
8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12 P	998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA 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	
0 Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
0 Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79
nça período igual ou inferior a 15 dias: 10/06/2020 a 10/06/2020			

Pr.: 2154 NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Situação: Trabalhando	CPF: 394.946.148-52	PIS: 203.20306.87-3
Jo: 56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 072068/00400
900	Depto: 600	Filial: 1	Salário: 2.548,41
8781 DIAS NORMAIS	2,00	169,89 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS 0,00 1.176,04 D
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	15,00	1.274,21 P	812 INSS FERIAS 9,45 125,70 D
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	101,09 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS 0,00 21,14 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	135,32	135,32 P	998 I.N.S.S. 8,06 134,04 D
807 VANTAGENS FERIAS	90,57	90,57 P	942 IRRF FERIAS 28,46 D
8783 DIAS FERIAS	13,00	1.104,31 P	
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,93 P	
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	104,50 P	
0 Proventos:	2.993,82	Descontos:	1.485,38 Informativa: 239,49 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.508,44
0 Base INSS:	2.993,82	Excedente INSS:	0,00 Base FGTS: 2.993,82 Valor FGTS: 239,49 Base IRRF: 1.508,44
nça maternidade: 17/02/2020 a 15/06/2020			
IAS DE 18/06/2020 - 17/07/2020			

Pr.: 2153 PATRICIA ADRIANA FERREIRA	Situação: Trabalhando	CPF: 285.280.548-02	PIS: 190.47976.86-2
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 47160/00315
900	Depto: 600	Filial: 1	Salário: 1.397,71
8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S. 8,16 152,55 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	103,34	262,62 P	
0 Proventos:	1.869,33	Descontos:	152,55 Informativa: 149,54 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.716,78
0 Base INSS:	1.869,33	Excedente INSS:	0,00 Base FGTS: 1.869,33 Valor FGTS: 149,54 Base IRRF: 1.716,78

Pr.: 2164 PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	Situação: Trabalhando	CPF: 305.075.078-27	PIS: 236.45761.69-8
Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 59107/00240
900	Depto: 600	Filial: 1	Salário: 1.397,71
8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	
1 Proventos:	1.606,71	Descontos:	128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.477,79
1 Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20

Pr.: 2155 PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Situação: Trabalhando	CPF: 298.440.178-66	PIS: 127.24425.16-4
Jo: 56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo: Celetista	Adm: 04/10/2017	CTPS/Série: 48657/00240
900	Depto: 600	Filial: 1	Salário: 2.548,41
8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S. 9,39 281,78 D
150 HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 61,16 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07 P	
0 Proventos:	3.001,29	Descontos:	342,94 Informativa: 240,10 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.658,35
0 Base INSS:	3.001,29	Excedente INSS:	0,00 Base FGTS: 3.001,29 Valor FGTS: 240,10 Base IRRF: 2.719,51

PJ: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 06/2020

Emissão: 05/07/2020
Horas: 22:14:26

Empregados

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	8,07	135,32 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	277,29 P			

1 Proventos:	1.677,78	Descontos:	135,32	Informativa:	134,22	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.542,46
1 Base INSS:	1.677,78	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.677,78	Valor FGTS:	134,22	Base IRRF:	1.352,87

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,15	150,69 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	95,20	241,93 P			

0 Proventos:	1.848,64	Descontos:	150,69	Informativa:	147,89	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.697,95
0 Base INSS:	1.848,64	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.848,64	Valor FGTS:	147,89	Base IRRF:	1.697,95

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95 P	998 I.N.S.S.	8,16	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

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

294 PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	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	348,20	348,20 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:	4.968,24	Descontos:	795,32	Informativa:	369,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	4.172,92
0 Base INSS:	4.620,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.620,04	Valor FGTS:	369,60	Base IRRF:	4.114,31

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

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

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

Total Geral Proventos: 81.512,04

Total Geral Descontos: 13.963,99

Crédito: 07/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	154,53
			Valor Líquido →	1.736,80
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 108306-6				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.547,21
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	154,53
			Valor Líquido →	1.736,80
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 108306-6				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.547,21
				Faixa IRRF
				0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 2.787,74 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e setecentos e oitenta e sete reais e setenta 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	16,00	1.359,15	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	1.189,26	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,53	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	79,40	367,90	
998	I.N.S.S.	9,49		296,66
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,91
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.125,31	337,57
			Valor Líquido ➡	2.787,74

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 198732-1

Agência: 0178 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.125,31	3.125,31	250,02	2.449,47	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	16,00	1.359,15	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	1.189,26	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,53	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	79,40	367,90	
998	I.N.S.S.	9,49		296,66
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		40,91
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.125,31	337,57
			Valor Líquido ➡	2.787,74

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 198732-1

Agência: 0178 - 3

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.125,31	3.125,31	250,02	2.449,47	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 2.869,73 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e oitocentos e sessenta e nove reais e setenta e três centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95	
998	I.N.S.S.	9,69		317,62
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		89,01

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19432-8

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.276,36	3.276,36	262,10	2.958,74	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	518,95	
998	I.N.S.S.	9,69		317,62
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		89,01

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19432-8

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.276,36	3.276,36	262,10	2.958,74	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19481-6

Agência: 448 - 0

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 29 DE JULHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19481-6

Agência: 448 - 0

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 29 DE JULHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.662,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e sessenta e dois reais e setenta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30	
998	I.N.S.S.	8,13		147,22

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19476-x

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.810,01	1.810,01	144,80	1.662,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30	
998	I.N.S.S.	8,13		147,22

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19476-x

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.810,01	1.810,01	144,80	1.662,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.754,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e cinquenta e quatro reais e doze centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	119,49	303,66	
998	I.N.S.S.	8,18		156,25

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 20148-0

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.910,37	1.910,37	152,82	1.185,35	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	119,49	303,66	
998	I.N.S.S.	8,18		156,25

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 20148-0

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.910,37	1.910,37	152,82	1.185,35	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 2.642,39 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 seiscentos e quarenta e dois reais e trinta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,36		277,33
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.964,22	321,83
			Valor Líquido ➡	2.642,39
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta: 111247-3			2.548,41	2.964,22
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			2.964,22	237,13
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.497,30	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,36		277,33
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		44,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.964,22	321,83
			Valor Líquido ➡	2.642,39
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta: 111247-3			2.548,41	2.964,22
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			2.964,22	237,13
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.497,30	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 2.611,64 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e seiscentos e onze reais e sessenta 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505 Admissão:	600	1 20/12/2019
Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,25	186,50	
998	I.N.S.S.	9,34		274,89
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,38
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.943,91	332,27
			Valor Líquido ➡	2.611,64
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 0295 - X		
Conta salário: 88948-2				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	2.943,91	2.943,91	235,51	2.669,02
				Faixa IRRF
				7,50

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 12 DE JULHO ***

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE ENFERMEIRO (A)	223505 Admissão:	600	1 20/12/2019
Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,25	186,50	
998	I.N.S.S.	9,34		274,89
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		57,38
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.943,91	332,27
			Valor Líquido ➡	2.611,64
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 0295 - X		
Conta salário: 88948-2				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	2.943,91	2.943,91	235,51	2.669,02
				Faixa IRRF
				7,50

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 12 DE JULHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

ódi	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ➡	1.477,79

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19434-4				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
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

ódi	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

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19434-4				1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 108275-2

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	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
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 108275-2

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.496,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1 04/05/2020

Código	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: 27922-6		Agência: 0178 - 3			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.627,04	1.627,04	130,16	1.306,70	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
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600	1 04/05/2020

Código	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: 27922-6		Agência: 0178 - 3			
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.627,04	1.627,04	130,16	1.306,70	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho 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	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19478-6

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho 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	
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: 090193 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandli Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19478-6

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	39,72	
806	MEDIA HORAS FERIAS	35,16	35,16	
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.151,77	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.279,10
812	INSS FERIAS	7,91		109,86
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,16
998	I.N.S.S.	7,50		3,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.435,65	1.392,62
			Valor Líquido ➡	43,03

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19411-5	Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.435,65	1.435,65	114,84	43,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	39,72	
806	MEDIA HORAS FERIAS	35,16	35,16	
807	VANTAGENS FERIAS	202,03	202,03	
3783	DIAS FERIAS	29,00	1.151,77	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.279,10
812	INSS FERIAS	7,91		109,86
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,16
998	I.N.S.S.	7,50		3,50
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.435,65	1.392,62
			Valor Líquido ➡	43,03

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19411-5	Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.435,65	1.435,65	114,84	43,03	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.305,90 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.191,49	1.417,82
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.417,82	113,42
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.305,90	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19436-0

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.191,49	1.417,82
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.417,82	113,42
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.305,90	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19436-0

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.736,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	154,53
			Valor Líquido ➡	1.736,80

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 107885-2					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.357,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62	
998	I.N.S.S.	8,17		154,53
			Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090198 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.891,33	154,53
			Valor Líquido ➡	1.736,80

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 107885-2					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.357,62	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ➡	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19414-X	Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	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
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ➡	1.477,79

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19414-X	Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 2.878,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.009,97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 nove reais e noventa 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	19,00	885,22	
806	MEDIA HORAS FERIAS	88,74	88,74	
807	VANTAGENS FERIAS	76,63	76,63	
3783	DIAS FERIAS	11,00	512,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		622,58
812	INSS FERIAS	8,15		55,28
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		5,72
998	I.N.S.S.	7,57		83,22
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.776,77	766,80
			Valor Líquido ➡	1.009,97

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19425-5	Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.776,77	1.776,77	142,13	820,38	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	19,00	885,22	
806	MEDIA HORAS FERIAS	88,74	88,74	
807	VANTAGENS FERIAS	76,63	76,63	
3783	DIAS FERIAS	11,00	512,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	81,32	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		622,58
812	INSS FERIAS	8,15		55,28
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		5,72
998	I.N.S.S.	7,57		83,22
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.776,77	766,80
			Valor Líquido ➡	1.009,97

ANCO DO BRASIL 1					
Conta corrente: 19425-5	Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.776,77	1.776,77	142,13	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 Brandt Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 788,12 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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.

(Setecentos e oitenta e oito reais e doze centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	15,00	698,86	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,79	0,79	
807	VANTAGENS FERIAS	97,53	97,53	
3783	DIAS FERIAS	14,00	652,26	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	104,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		690,39
812	INSS FERIAS	8,02		60,19
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		4,54
998	I.N.S.S.	7,50		64,26

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 20619-9

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.607,50	1.607,50	128,59	598,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	1,00	46,59	
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	15,00	698,86	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,79	0,79	
807	VANTAGENS FERIAS	97,53	97,53	
3783	DIAS FERIAS	14,00	652,26	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	6,97	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	104,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		690,39
812	INSS FERIAS	8,02		60,19
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		4,54
998	I.N.S.S.	7,50		64,26

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

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 20619-9

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.607,50	1.607,50	128,59	598,53	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.718,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 dezoito reais e trinta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,30	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,02	152,71
			Valor Líquido →	1.718,31
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,72	1.871,02
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.871,02	149,68
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.718,31	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 20671-7

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,30	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,02	152,71
			Valor Líquido →	1.718,31
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,72	1.871,02
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.871,02	149,68
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.718,31	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 20671-7

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.432,07 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	155,98	
998	I.N.S.S.	7,99		124,40

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19413-1

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.556,47	1.556,47	124,51	1.432,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	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 de Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19413-1

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.556,47	1.556,47	124,51	1.432,07	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.320,61	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
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" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7621-X

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.320,61	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.735,53 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 trinta e cinco 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 11/08/2020 14:56:59

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,45	283,23	
998	I.N.S.S.	8,17		154,41
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.889,94	154,41
			Valor Líquido ➡	1.735,53

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.889,94	1.889,94	151,19	1.735,53	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,45	283,23	
998	I.N.S.S.	8,17		154,41
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.889,94	154,41
			Valor Líquido ➡	1.735,53

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.889,94	1.889,94	151,19	1.735,53	0,00

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	2.463,46	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	84,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,66

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 20679-2

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	2.463,46	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	84,95	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,66

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 20679-2

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19003-9

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19003-9

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.662,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e sessenta e dois reais e setenta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30	
998	I.N.S.S.	8,13		147,22
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.810,01	147,22
			Valor Líquido ➡	1.662,79
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.810,01
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.810,01	1.662,79
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			144,80	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19412-3

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	80,00	203,30	
998	I.N.S.S.	8,13		147,22
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.810,01	147,22
			Valor Líquido ➡	1.662,79
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.810,01
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.810,01	1.662,79
			F.G.T.S do Mês	Faixa IRRF
			144,80	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19412-3

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19415-8

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19415-8

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.336,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	7,92		114,93
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.451,33	114,93
			Valor Líquido ➡	1.336,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	7,92		114,93
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.451,33	114,93
			Valor Líquido ➡	1.336,40

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	0,00

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. 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
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.351,12	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	46,59	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

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

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês	Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.508,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e oito reais e quarenta e quatro centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	2,00	169,89	
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	15,00	1.274,21	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	101,09	
806	MEDIA HORAS FERIAS	135,32	135,32	
807	VANTAGENS FERIAS	90,57	90,57	
3783	DIAS FERIAS	13,00	1.104,31	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,93	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	104,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.176,04
812	INSS FERIAS	9,45		125,70
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		21,14
998	I.N.S.S.	8,06		134,04
942	IRRF FERIAS	7,50		28,46
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.993,82	1.485,38
			Valor Líquido ➡	1.508,44
Salário Base 2.548,41 Sal. Contr. INSS 2.993,82 Base Cálcl. FGTS 2.993,82 F.G.T.S do Mês 239,49 Base Cálcl. IRRF 1.508,44 Faixa IRRF 0,00				

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	2,00	169,89	
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	15,00	1.274,21	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	101,09	
806	MEDIA HORAS FERIAS	135,32	135,32	
807	VANTAGENS FERIAS	90,57	90,57	
3783	DIAS FERIAS	13,00	1.104,31	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	13,93	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	104,50	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.176,04
812	INSS FERIAS	9,45		125,70
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		21,14
998	I.N.S.S.	8,06		134,04
942	IRRF FERIAS	7,50		28,46
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.993,82	1.485,38
			Valor Líquido ➡	1.508,44
Salário Base 2.548,41 Sal. Contr. INSS 2.993,82 Base Cálcl. FGTS 2.993,82 F.G.T.S do Mês 239,49 Base Cálcl. IRRF 1.508,44 Faixa IRRF 0,00				

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.716,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 dezesseis 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,34	262,62	
998	I.N.S.S.	8,16		152,55
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.869,33	152,55
			Valor Líquido ➡	1.716,78
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.869,33
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.869,33	149,54
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.716,78	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19428-X

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,34	262,62	
998	I.N.S.S.	8,16		152,55
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.869,33	152,55
			Valor Líquido ➡	1.716,78
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.869,33
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.869,33	149,54
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.716,78	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371

11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ➡	1.477,79
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 7812-3			1.288,20	0,00
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês
1.397,71		1.606,71	1.606,71	128,53

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		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
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta corrente: 7812-3			1.397,71	1.606,71
			Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.288,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 2.658,35 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, 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 seiscentos e cinquenta e oito reais e trinta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
998	I.N.S.S.	9,39		281,78
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		61,16
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.001,29	342,94
			Valor Líquido →	2.658,35
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19439-5				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	3.001,29	3.001,29	240,10	2.719,51
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
150	HORAS EXTRAS	11,00	206,81	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
998	I.N.S.S.	9,39		281,78
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		61,16
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.001,29	342,94
			Valor Líquido →	2.658,35
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19439-5				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	3.001,29	3.001,29	240,10	2.719,51
				Faixa IRRF
				7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.542,46 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	277,29	
998	I.N.S.S.	8,07		135,32
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.677,78	135,32
			Valor Líquido →	1.542,46
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19429-8		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.191,49	1.677,78	1.677,78	134,22	1.352,87
				Faixa IRRF
				0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	128,00	277,29	
998	I.N.S.S.	8,07		135,32
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.677,78	135,32
			Valor Líquido →	1.542,46
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19429-8		Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.191,49	1.677,78	1.677,78	134,22	1.352,87
				Faixa IRRF
				0,00

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

Aviso de lançamento

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.697,95 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e sete reais e noventa 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 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,20	241,93	
998	I.N.S.S.	8,15		150,69

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

Agência: 448 - 0

		Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.848,64	150,69
		Valor Líquido	
		1.697,95	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.848,64	1.848,64	147,89	1.697,95	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,20	241,93	
998	I.N.S.S.	8,15		150,69

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19423-9

Agência: 448 - 0

		Total de Vencimentos	Total de Descontos
		1.848,64	150,69
		Valor Líquido	
		1.697,95	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.848,64	1.848,64	147,89	1.697,95	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 4.172,92 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Quatro mil e cento e setenta e dois reais e noventa e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	348,20	348,20	
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
			4.968,24	795,32
			Valor Líquido →	4.172,92
BANCO DO BRASIL 1		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS
Conta poupança: 197087-9		2.886,86	4.620,04	4.620,04
Agência: 6921 - 3			F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
			369,60	4.114,31
				Faixa IRRF
				22,50

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 26 DE JULHO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	348,20	348,20	
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
			4.968,24	795,32
			Valor Líquido →	4.172,92
BANCO DO BRASIL 1		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS
Conta poupança: 197087-9		2.886,86	4.620,04	4.620,04
Agência: 6921 - 3			F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
			369,60	4.114,31
				Faixa IRRF
				22,50

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 26 DE JULHO ***

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 14:56:59

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

Data 06/07/2020 Valor R\$ 1.477,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 114, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 14:56:59

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19514-6

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	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" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19514-6

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos												
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41													
3013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00													
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.757,41												
			Total de Vencimentos	Total de Descontos												
			2.757,41	2.757,41												
			Valor Líquido ➡	0,00												
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0																
<table border="0"> <tr> <td>Salário Base</td> <td>Sal. Contr. INSS</td> <td>Base Calc. FGTS</td> <td>F.G.T.S do Mês</td> <td>Base Calc. IRRF</td> <td>Faixa IRRF</td> </tr> <tr> <td>2.548,41</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </table>					Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF	2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. 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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos												
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41													
3013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00													
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.757,41												
			Total de Vencimentos	Total de Descontos												
			2.757,41	2.757,41												
			Valor Líquido ➡	0,00												
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 111351-8 Agência: 448 - 0																
<table border="0"> <tr> <td>Salário Base</td> <td>Sal. Contr. INSS</td> <td>Base Calc. FGTS</td> <td>F.G.T.S do Mês</td> <td>Base Calc. IRRF</td> <td>Faixa IRRF</td> </tr> <tr> <td>2.548,41</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </table>					Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF	2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF											
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00											

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190614648603091912900001445311883080000275060

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 70.601

NOSSO NUMERO 6146860309

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 06/07/2020

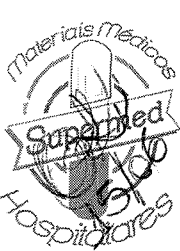
DATA DO PAGAMENTO 06/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.750,60

VALOR COBRADO 2.750,60

=====

NR.AUTENTICACAO 9.148.3B1.D38.8A2.431

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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azuleja - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0700-0000-0000

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

1

Nº 88763
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0887 6310 0066 0686

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Aq.de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200472063341 10/06/2020 13:43:44

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
10/06/2020ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
10 JUN 2020MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 08/07/2020 569,17

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
569,17	102,45		0,00	569,17
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				569,17

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

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

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

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
7685	AVENTAL DESC.ML 20GR(SOFT)BR.C/PUNHO C/10- -ANADONA LT 102-20 (11) 02/2022 (Forneced- dor: 17, Lote: 102-20, Qtde: 11 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 01/02/2022)	62101000	000	5102	PCT	11	51,7427	569,17	569,17	102,45		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R2V1||

Pedido: 88898

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

COMERCIAL

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

termos da Portaria CAT 116/2017

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,06

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/06/2020
ASS. *Raul*

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.52
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.

AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ

CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA SERVICOS DE FISIOTERAPIA LT

CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27

VALOR: R\$ 28.000,00

DEBITO EM: 06/07/2020

=====

DOCUMENTO: 070603

AUTENTICACAO SISBB: D.294.178.E36.45B.3A0

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

Mina



Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
17/NFE

Data e Hora de Emissão
06/07/2020 08:04:03

Código de Verificação
45C4B78455D5D22D706E

Página 1 / 1

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE DO SIMPLES NACIONAL

CNPJ : 33.433.450/0001-27 IE: IM: 56692
 Razão Social: KATAOKA E PEREZ SERVICOS DE FISIOTERAPIA LTDA ME
 Endereço : Rua Eletricista Manuel Martins - Num: 97
 Bairro : Jardim Novo Horizonte - CEP: 17.209-830
 Município : JAU - SP Celular: (14)99791-2301
 E-mail : fiscal@jrmartins.com.br

Dados da Nota

TOMADOR



CNPJ : 45.349.461/0001-02 IE: IM:
 Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 Endereço : AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES - Num: 303 - SALA 03
 Bairro : JARDIM ARIANO - CEP: 16.400-400
 Município : LINS - SP
 E-mail : contabilidade2@ahbb.org.br

Local de Prestação de Serviço

Endereço : AVENIDA DOUTOR RAUL DA CUNHA BUENO - Num: 585. Bairro: CENTRO - CEP: 16.800-000
 Município : MIRANDOPOLIS - SP

Discriminação do Serviço

SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA PRESTADOS NO MÊS DE JUNHO/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	2,62	733,60	0,00

Total Tributos: 733,60. Percentual: 2,62%

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
17/NFE

Emissão
06/07/2020 08:04:03

Código de verificação
45C4B78455D5D22D706E



Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.52
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS

CONTA: 37.895-0

FAVORECIDO: SONIA DOS SANTOS ROCHA

CPF/CNPJ: 304.418.188-70

VALOR: R\$ 1.718,56

DEBITO EM: 06/07/2020

=====

DOCUMENTO: 070604

AUTENTICACAO SISBB: B.548.1DA.70D.96B.14A

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	152,73
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
998	I.N.S.S.	8,16		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,29	152,73
			Valor Líquido ➡	1.718,56
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,95	1.871,29
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.871,29	149,70
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.718,56	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88417-X

Agência: 0295 - X

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95	152,73
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,34	
998	I.N.S.S.	8,16		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,29	152,73
			Valor Líquido ➡	1.718,56
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,95	1.871,29
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.871,29	149,70
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.718,56	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88417-X

Agência: 0295 - X

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.52
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 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: 06/07/2020

=====

DOCUMENTO: 070605
AUTENTICACAO SISBB: 2.8E5.EE8.793.AFE.8A0

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600 19/02/2020	1

Código	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 Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES TEC. ENFERMAGEM	322205 Admissão:	600 19/02/2020	1

Código	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 Saúde UGE: 090198 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis 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 Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

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

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: 090198 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.52
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\$ 1.367,68

DEBITO EM: 06/07/2020

=====

DOCUMENTO: 070606

AUTENTICACAO SISBB: 2.4DB.BC4.F4C.F6E.ECA

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	39,34	85,22	
998	I.N.S.S.	7,94		118,03
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.485,71	118,03
			Valor Líquido ➡	1.367,68
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
1.191,49		1.485,71	1.485,71	118,85
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.367,68	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Junho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	39,34	85,22	
998	I.N.S.S.	7,94		118,03
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.485,71	118,03
			Valor Líquido ➡	1.367,68
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês
1.191,49		1.485,71	1.485,71	118,85
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.367,68	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.52
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

Convenio	FGTS ARREC	GRFGTS-UNICO
Codigo de Barras	85800000020-8	85360451202-5
	00707000000-7	11616190609-8
Data do pagamento		07/07/2020
Identificador	00000011616190609	
Data de Vencimento		07/07/2020
Valor Total		2.085,36

DOCUMENTO: 070701
AUTENTICACAO SISBB: 3.CEE.05F.42D.54A.074

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



GRFGTS - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

RECOLHEDOR ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		DATA DE VENCIMENTO 07/07/2020
CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	IDENTIFICADOR 000.000.116.161.906-09	TOTAL A RECOLHER 2.085,36

85800000020-8

85360451202-5

00707000000-7

11616190609-8

PARCELAMENTO MP 927/2020

PARCELAS

Quantidade de Parcelas na Guia 1

VALORES

Depósito		2.085,36
Encargos Legais*		229,26
Isenção MP 927/2020*		-229,26
Encargos de Atraso na Parcela*		0,00

Total da Fatura 2.085,36



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA CLIENTE

VIA BANCO

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



GRFGTS - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

IDENTIFICADOR 000.000.116.161.906-09	CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02	TOTAL A RECOLHER 2.085,36
--	---------------------------------------	-------------------------------------

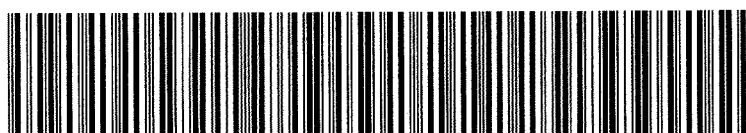
Atenção: não receber após o vencimentoDATA DE VENCIMENTO
07/07/2020

85800000020-8

85360451202-5

00707000000-7

11616190609-8



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

07/07/2020
Mina

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092210154201049983160000197637

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 70.702

DATA DE VENCIMENTO 14/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 07/07/2020

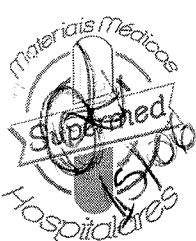
VALOR DO DOCUMENTO 1.976,37

VALOR COBRADO 1.976,37

=====

NR.AUTENTICACAO D.44B.9EA.3C0.383.2D3

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

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:11-4934-1700**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1Nº 88395
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0883 9510 0076 7253

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.STPROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200468756157 09/06/2020 16:59:30INSCRIÇÃO 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

09/06/2020

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

DATA ENTRADA/SAÍDA

09 JUN. 2020

MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 14/07/2020 1.976,37

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
1.628,39	260,02	0,00	0,00	1.976,37
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.976,37

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 13	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 45,62	PESO LÍQUIDO 45,62

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
15450	ALGODAO ORTOP.15CM X 1,0 MT-INDIV DZ-ORTO-FEN LT 37/09 (5) 09/2024 (Fornecedor: 765-9, Lote: 37/09, Qtde: 5 ,Data Fab: 09/09/-2019, Data Val: 09/09/2024)	90211020	040	5102	PCT	5	6,2600	31,30					
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 15/04 (5) 04/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 15/0-4, Qtde: 5 ,Data Fab: 06/04/2020, Data Val: 06/04/2025)	90211020	040	5102	DZ	5	6,2900	31,45					
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	
17139	DISP.P/INC.URIN.N.4 S/EXT C/4 URITEX-MA-DEITEX LT 211019/UR (2) 10/2022 (Fornecedor: 8031, Lote: 211019/UR, Qtde: 2 ,Data Fab: 21/10/2019, Data Val: 21/10/2022)	90189099	040	5102	PCT	2	4,2100	8,42					
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (10) 06/2021 (Fornecedor: 20-80, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	10	13,7300	137,30	137,30	24,71		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

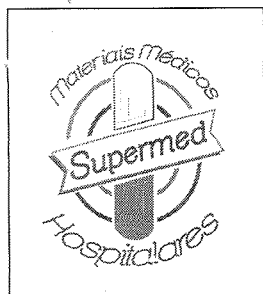
#R4V2R5V11||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 4 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEMS 7,13 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 7 ICMS-ST retido por operação anterior base: 23,49 valor: 2,40
ITEM 13 ICMS-ST retido por operação anterior base: 220,92 valor: 21,03
Pedido: 88517
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horario :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 13
Rota.....: 3 Cubagem: 0,43

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/06/2020
ASS. *Raul*

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

MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO

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

1

Nº 88395
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0883 9510 0076 7253

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz AutorizadoraNATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc.Adq.de Terc./Venda de Merc.Adq.de Terc.STPROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200468756157 09/06/2020 16:59:30INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (100) 11/2022 (Fornecedor: 142, Lote: 20171110, Qtde: 100 ,Data Fab: 10/1-1/2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	100	0,9500	95,00	95,00	17,10		18,00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 049.04/20 (3) 04/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 049.04/20, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	33069000	060	5405	UND	3	9,5400	28,62					
28883	MASC TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/2-5AZ-BOMPACK LT EMTH001 (8) 04/2025 (Fornecedor: 1837, Lote: EMTH001, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	63079010	200	5102	PCT	8	42,4000	339,20	339,20	61,06		18,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1646N4 (10) 04/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1646N4, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183219	400	5102	CX	10	7,4400	74,40	74,40	8,93		12,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT H2-36 (1) 04/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H236, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183111	200	5102	CX	1	63,8000	63,80	63,80	11,48		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT G799 (4) 12/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G799, Qtde: 4 ,Data Fab: 18/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183119	200	5102	CX	4	61,4600	245,84	245,84	29,50		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1595/19 (2) 08/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1595/19, Qtde: 2 ,Data Fab: 03/08/2019, Data Val: 29/08/2024)	90183119	000	5102	CX	2	115,6600	231,32	231,32	27,76		12,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GERIATRIC LT 14101001 (3) 01/2023 (Fornecedor: 7983, Lote: 14101001, Qtde: 3 ,Data Fab: 25/01/2020, Data Val: 25/01/2023)	96190000	060	5405	FD	3	82,7300	248,19					
28319	FILTRO BACT. VIRAL C/ TRAQ. ADULTO SCAV LT 10120 (50) 05/2023 (Fornecedor: 2426, Lote: 10120, Qtde: 50 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/05/2023)	90192010	000	5102	UND	50	6,8300	341,50	341,50	61,47		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MF C/25-L.IMPOR LT 25082019 (1) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 25082019, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/08/2019, Data Val: 25/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	1	25,0700	25,07	25,07	4,51		18,00	
23064	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FILT.C/20-DESCAR LT SEEA0021 (2) 07/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SEEA0021, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90189099	200	5102	PCT	2	28,6400	57,28	57,28	10,32		18,00	

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:52
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092210157701045183160000203489

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 70.703

DATA DE VENCIMENTO 14/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 07/07/2020

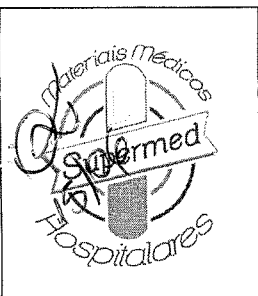
VALOR DO DOCUMENTO 2.034,89

VALOR COBRADO 2.034,89

=====

NR.AUTENTICACAO E.724.6DD.1B4.58E.3B8

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 443735
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3120 0611 2060 9900 0107 5500 1000 4437 3510 0106 0433

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203704705154 09/06/2020 15:08:21

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

09/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

09/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 14/07/2020 2.034,89

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
2.034,89	179,67	0,00	0,00	2.034,89
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				2.034,89

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF MG	CNPJ/CPF 01125797000540
ENDEREÇO AV. PREF.OLAVO G. DE OLIVEIRA, 7090,	MUNICÍPIO POUSO ALEGRE				INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006
QUANTIDADE 5	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 28,69	PESO LÍQUIDO 28,69

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28821	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-DEJAMARO LT 20DM225820 (5)05/23 (Fornecedor: 2490, Lote: 20DM225820, Qtde: 5 ,Data Fab: 04/0- 6/2020, Data Val: 27/05/2023)	63079010	000	6108	PCT	5	15,9000	79,50	79,50	9,54		12,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR010K (3)05/23 (Fornecedor: 7934, Lo- te: PR010K, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2023)	40151900	000	6108	CX	3	382,9600	1.148,88	1.148,88	137,87		12,00	
27333	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO G C/20-BOM LT BLNB001 (1)08/24 (Fornecedor: 1837, Lote: BLNB001, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	40151900	200	6108	CX	1	806,5100	806,51	806,51	32,26		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

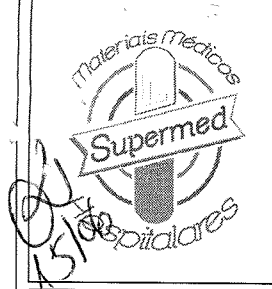
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 41 B 4...
ITEM 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 186,61
Pedido: 412027
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do
RICMS/MG
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,11

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 10/06/20
ASS. MAURO CHAVUELO

no conhecimento de transportes
serão repostas as informações
Mercadorias avariadas, ou faltas

	SUPERMED COM. E IMP. DE PROD. MED. E HOSPIT. LTDA	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
	Avenida Tower Automotiva - Galpao 26, 300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:11-4934-1700	0-ENTRADA 1-SAIDA 1	CHAVE DE ACESSO 3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0883 8210 0004 3966
		Nº 88382 SERIE 1 FOLHA 1/2	Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda de Merc.Adq.de Terc.		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 135200468641806 09/06/2020 16:38:22	
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 09/06/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA / DUPLICATA			
001	14/07/2020	2.570,25	

CÁLCULO DO IMPOSTO			
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.570,25	VALOR DO ICMS 346,44	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR TOTAL DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 2.570,25	

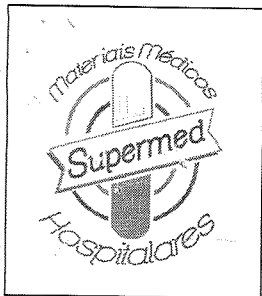
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS			
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA		FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200		MUNICÍPIO SAO PAULO	PLACA DO VEÍCULO
QUANTIDADE 8	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO
PESO BRUTO 30,46		PESO LÍQUIDO 30,46	

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	
7078	PREDNISONA(CORTICORTEN)05MG 20CP-NEO QUI-MICA LT B19M0356 (2) 01/2023 (Fornecedor: 1113, Lote: B19M0356, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/01/2020, Data Val: 28/01/2023)	30043999	300	5102	CX	2	1,8600	3,72	3,72	0,67		18,00	
10889	PREDNISONA(CORTICORTEN)20MG 20CP-NEO QUI-MICA LT B19A1578 (2) 01/2022 (Fornecedor: 1113, Lote: B19A1578, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2019, Data Val: 31/01/2022)	30043999	000	5102	CX	2	3,7600	7,52	7,52	1,35		18,00	
13363	TAZOBACTAM+PIPER 4,50GR 25FAM GEN-NOVA-FARMA LT 78NK4034 (3) 10/2021 (Fornecedor: 2681, Lote: 78NK4034, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/2021)	30041019	000	5102	CX	3	616,3800	1.849,14	1.849,14	221,89		12,00	
12359	VANCOMICINA(NOVAMICIN)500MG 50FAM-NOVA-FARMA LT 78PB0613 (1) 02/2022 (Fornecedor: 1901, Lote: 78PB0613, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30042071	000	5102	CX	1	254,0000	254,00	254,00	45,72		18,00	

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES #R1V1R1V1R5V5R1N2V1 UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . . Pedido: 88516 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017 Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703 Rota.....: 3 Cubagem: 0,06		Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 30 / 06 / 20 ASS. MAURO CHIAVELI	

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 88382
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0883 8210 0004 3966

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

135200468641806 09/06/2020 16:38:22

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
15802	SOL.DE RINGER C/LACTATO 25FRS 500ML-EURO-FARMA LT 669532 (1) 03/2022 (Fornecedor: 7690, Lote: 669532, Qtde: 1, Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	30049099	000	5102	CX	1	67,2300	67,23	67,23	8,07		12,00	
8532	AGUA P. INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT HDY (4) 04/2022 (Fornecedor: 15842, Lote: HDY, Qtde: 4, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	4	79,8500	319,40	319,40	57,49		18,00	
12469	CL.TRAMADOL(A2) 50MG 50CAP GEN-TEUTO (PORT.344/98) LT 2601341 (2) 11/2021 (Fornecedor: 258, Lote: 2601341, Qtde: 2, Data Fab: 26/11/2019, Data Val: 26/11/2021)	30049039	000	5102	CX	2	10,2000	20,40	20,40	2,45		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19002595 (2) 06/2021 (Fornecedor: 58, Lote: BF19002595, Qtde: 2, Data Fab: 30/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	30043100	300	5102	FR	2	20,6500	41,30	41,30	7,44		18,00	

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.52
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

Convenio FGTS ARRECADACAO GRF

Codigo de Barras 85800000062-3 72510179200-0
70764205084-0 53494610008-6

Data do pagamento 07/07/2020

CNPJ/CEI/CPF 45349461/0008-89

COMPETENCIA 06/2020

CODIGO RECOLHIMENTO 115

VENCIMENTO 07/07/2020

VALOR DEPOSITO 6.272,51

Valor Total 6.272,51

DOCUMENTO: 070705

AUTENTICACAO SISBB: 9.C0B.D9B.C33.10B.113

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

Mina



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 07/07/2020 - 11:38:07

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 78.406,43	06-QTDE TRABALHADORES 39	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 06/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/07/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.272,51	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.272,51
--	---------------------	---------------------------------

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

858000000623 725101792000 707642050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 07/07/2020 - 11:38:07

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 78.406,43	06-QTDE TRABALHADORES 39	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 06/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/07/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.272,51	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.272,51
--	---------------------	---------------------------------

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

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

858000000623 725101792000 707642050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



07/07
Mina

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

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

858000000623 725101792000 707642050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

COMP: 06/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00

TOMADOR/OBRA:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS 3.125,31	0,00	125.20024.54-4	0,00	20/10/2018	01		14/06/2020 P3		02235
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		125.20024.54-4		20/10/2018	01		250,03		0,00
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME 1.607,50	0,00	128.09298.18-3	0,00	22/03/2019	01		16/02/2020 Q1		03222
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3		22/03/2019	01		128,61		0,00
LAIS MARANI SILVA 3.257,41	0,00	129.46882.17-0	0,00	03/05/2019	01		15/06/2020 Z1		03222
LAIS MARANI SILVA		129.46882.17-0		03/05/2019	01		11/06/2020 P3		02234
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA 2.993,82	0,00	203.20306.87-3	0,00	04/10/2017	01		260,60		0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA		203.20306.87-3		04/10/2017	01		12/06/2020 Z5		02234
NATALIA PAZINATO DA SILVA 1.606,71	0,00	204.97661.73-4	0,00	25/01/2019	01		16/02/2020 Q1		02235
NATALIA PAZINATO DA SILVA		204.97661.73-4		25/01/2019	01		239,50		0,00
ALCIONE BOGAZ 1.891,33	0,00	128.78920.15-7	0,00	16/01/2018	01		15/06/2020 Z1		02235
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN 3.276,36	0,00	133.59258.89-3	0,00	04/10/2017	01				03222
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA 1.606,71	0,00	180.90148.36-6	0,00	04/10/2017	01		151,31		0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA 1.810,01	0,00	125.41159.51-1	0,00	04/10/2017	01		262,11		03222
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA 1.910,37	0,00	160.99087.56-8	0,00	23/07/2018	01		128,53		0,00
							144,81		03222
							156,25		0,00

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

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

858000000623 725101792000 707642050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 06/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305
TOMADOR/OBRA:

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

NOME TRABALHADOR	REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO JAM
REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL	BASE CÁL PREV SOCIAL	OUTRAS ENT:	SIMPLES: 1	RAT: 2.0				
BIANCA CAETANO COSTA	0,00	128.98626.17-3	0,00		17/01/2018	01			237,14	02235
2.964,22		0,00			277,33				0,00	0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE	0,00	209.83236.77-6	0,00		20/12/2019	01			235,51	02235
2.943,91		0,00			274,89				0,00	0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ	0,00	129.80319.17-3	0,00		04/10/2017	01			142,15	03222
1.776,77		0,00			144,22				0,00	0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	0,00	125.02011.74-6	0,00		03/05/2019	01			149,69	03222
1.871,02		0,00			152,71				0,00	0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE	0,00	203.38786.55-9	0,00		04/10/2017	01			124,51	04110
1.556,47		0,00			124,40				0,00	0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ	0,00	204.40341.55-2	0,00		04/10/2017	01			148,05	03222
1.850,67		0,00			150,88				0,00	0,00
EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA	0,00	124.85513.93-9	0,00		04/10/2017	01			151,20	03222
1.889,94		0,00			154,41				0,00	0,00
EDILENE MANOEL	0,00	209.15153.56-9	0,00		04/10/2017	01			128,53	03222
1.606,71		0,00			128,92				0,00	0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	0,00	126.22542.14-5	0,00		04/10/2017	01			128,54	03222
1.606,71		0,00			128,92				0,00	0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES	0,00	209.15162.89-4	0,00		19/02/2020	01			128,55	03222
1.606,95		0,00			128,94				0,00	0,00
GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	0,00	129.46805.26-5	0,00		04/05/2020	01			130,17	03222
1.627,04		0,00			130,75				0,00	0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO	0,00	132.60974.45-7	0,00		04/10/2017	01			128,54	03222
1.606,71		0,00			128,92				0,00	0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	0,00	207.86720.36-5	0,00		04/10/2017	01			114,85	04110
1.435,65		0,00			113,52				0,00	0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	0,00	169.20547.00-8	0,00		04/10/2017	01			113,42	04110
1.417,82		0,00			111,92				0,00	0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	0,00	122.35412.21-3	0,00		04/10/2017	01			154,53	03222
1.891,33		0,00							0,00	0,00

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

RELAÇÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

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

858000000623 725101792000 707642050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA

COMP: 06/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	BASE CÁL PREV SOCIAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA 1.606,71	0,00	164.11866.81-4	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,53	03222 0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ 1.606,71	0,00	204.92505.78-5	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,53	03222 0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 1.810,01	0,00	163.67215.87-6	0,00	0,00	04/10/2017	01				144,80	03222 0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 1.606,71	0,00	203.30629.68-3	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,53	03222 0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI 1.451,33	0,00	204.89256.27-3	0,00	0,00	04/10/2017	01				116,10	04110 0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI 1.485,71	0,00	203.20305.12-5	0,00	0,00	01/04/2020	01				118,85	04110 0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA 1.869,33	0,00	190.47976.86-2	0,00	0,00	04/10/2017	01				149,54	03222 0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA 1.606,71	0,00	236.45761.69-8	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,53	03222 0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA 3.001,29	0,00	127.24425.16-4	0,00	0,00	04/10/2017	01				240,11	02235 0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA 1.677,78	0,00	126.82653.15-6	0,00	0,00	04/10/2017	01				134,23	04110 0,00
RICARDO DE CARVALHO 1.848,64	0,00	125.51156.27-2	0,00	0,00	04/10/2017	01				147,90	03222 0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA 1.871,29	0,00	116.26217.35-6	0,00	0,00	17/09/2019	01				149,71	03222 0,00
THAIS BOARETO DA SILVA 4.620,04	0,00	134.51447.81-8	0,00	0,00	15/09/2014	01	03			369,61	02235 0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ 1.606,72	0,00	190.08698.55-5	0,00	0,00	11/06/2019	01				03222	03222 0,00
TOTALS DA EMPRESA/TOMADOR 78.406,43	0,00		0,00	0,00	6.763,80					6.272,51	0,00

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

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP

RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA

MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
8580000000623 725101792000 707642050840 534946100086

Nº ARQUIVO: FNOHUPRM10D00000-0
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

Nº DE CONTROLE: Hmn3NNSgfUO0000-8
SIMPLES: 1 RAT: 2.0

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
COMP: 06/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305
FPAS: 639 OUTRAS ENT:

TOMADOR/OBRA:

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

CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13º	REMUNERAÇÃO 13º	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13º PREV SOC
01	39	78.406,43	0,00	78.406,43	0,00
TOTAIS:	39	78.406,43	0,00	78.406,43	0,00

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 07/07/2020
HORA: 11:38:07
FÁG: 0005/0006

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

8580000000623 725101792000 707642050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: Hmn3NNSgfu00000-8 N° ARQUIVO: FNOhUPRM10D00000-0
COMP: 06/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: INSCRIÇÃO: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

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

FGTS - 8%
78.406,43
0,00

REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO
REMUNERAÇÃO 13° SALÁRIO

QUANTIDADE TRABALHADORES 39

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/07/2020

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
6.272,51	0,00	0,00	0,00	6.272,51

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

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: Hmn3NNSgfU00000-8 N° ARQUIVO: FNOhUPRM10D0000-0
COMP: 06/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

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

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP: 4.480.64 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 6.763.80
SALÁRIO FAMÍLIA: 0.00 RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO: 0.00
SALÁRIO MATERNIDADE: 2.283.16 PERC DE ISENÇÃO DE FILANTROPIA: 100.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - SEM ADICIONAL: 0.00 13° SALÁRIO MATERNIDADE: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS: 0.00 COM PRODUÇÃO PJ: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS: 0.00 COM PRODUÇÃO PF: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS: 0.00 VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR: 0.00

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

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

BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA
15 ANOS: 0.00 20 ANOS: 4.620.04 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:	3 Q1:	2 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:	2 Z2:	0 Z3:	0 Z4:	0 Z5:	3



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 15:03:31

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

Data 08/07/2020 Valor R\$ 1.479,33 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 122, 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 nove reais e trinta e três centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 15:03:31

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		Número Carteira Profissional 85740	Série 00154
PERÍODOS			
De Aquisição 22/03/2019 A 21/03/2020	De Gozo das Férias 17/06/2020 A 16/07/2020 = 30 Dias	De Abono	
BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas: 00	Férias: 1.608,40 P		
Salário Base: 1.397,71	1/3 das Férias: 0,00		
Média Horas: 1,69	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: 1.608,40	1/3 do Dobro das Férias: 0,00		
	Salário Família: 0,00		
	1ª Parcela 13º Salário: 0,00		
	Desconto da Previdência: 129,07 D		
	Desconto do imposto de Renda: 0,00		
	TOTAL DOS PROVENTOS: 1.608,40 P		
	TOTAL DOS DESCONTOS: 129,07 D		
	TOTAL LIQUIDO: 1.479,33 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\$ 1.479,33 (um mil quatrocentos e setenta e nove reais e trinta e três centavos) a ser paga posteriormente. 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 13º salário.			
CIENTE,  CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		Data: 15/06/2020 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	

RECIBO DE FÉRIAS	
Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS , 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.479,33(um mil quatrocentos e setenta e nove reais e trinta e três centavos) que me é paga posteriormente 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: 08/07/2020 MIRANDOPOLIS	 CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME

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



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 15:03:31

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

Data 08/07/2020 Valor R\$ 1.323,23 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 122, 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 vinte e três reais e vinte e três centavos)

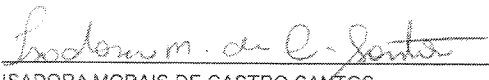
* Este aviso de lançamento não é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

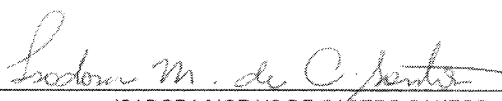
* O valor constante deste aviso de lançamento corresponde ao valor individual pago ao favorecido informado neste documento. O total debitado em conta corrente corresponde à soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 15:03:31

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS		Número Carteira Profissional 43592	Série 00315
PERÍODOS			
De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 02/06/2020 A 01/07/2020 = 30 Dias	De Abono	
BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas: 00	Férias: 1.436,86 P		
Salário Base: 1.191,49	1/3 das Férias: 0,00		
Média Horas: 36,37	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: 1.436,86	1/3 do Dobro das Férias: 0,00		
	Salário Família: 0,00		
	1ª Parcela 13º Salário: 0,00		
	Desconto da Previdência: 113,63 D		
	Desconto do imposto de Renda: 0,00		
	TOTAL DOS PROVENTOS: 1.436,86 P		
	TOTAL DOS DESCONTOS: 113,63 D		
	TOTAL LIQUIDO: 1.323,23 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\$ 1.323,23 (um mil trezentos e vinte e três reais e vinte e três centavos) a ser paga posteriormente. 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 13º salário.			
CIENTE,		Data: 29/05/2020	
 ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS		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\$ 1.323,23 (um mil trezentos e vinte e três reais e vinte e três centavos) que me é paga posteriormente 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: 08/07/2020 MIRANDOPOLIS	 ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS

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



Aviso de lançamento

G3381114118956371
11/08/2020 15:03:31

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

Data 08/07/2020 Valor R\$ 2.714,02 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 122, 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 setecentos e catorze reais e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/08/2020 15:03:31

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	NÚMERO Carteira Profissional	Série
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	072068	00400

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias	De Abono
04/10/2018 A 03/10/2019	18/06/2020 A 17/07/2020 = 30 Dias	

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	2.548,41
Média Horas:	312,27
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CALCULO:	3.069,68

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	3.069,68	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:	289,98	D
Desconto do imposto de Renda:	65,68	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	3.069,68	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	355,66	D
TOTAL LIQUIDO:	2.714,02	P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 2.714,02 (dois mil setecentos e quatorze reais e dois centavos) a ser paga posteriormente.

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 13º salário.

CIENTE,

Data: 16/06/2020

NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 2.714,02 (dois mil setecentos e quatorze reais e dois centavos) que me é paga posteriormente 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: 08/07/2020
MIRANDOPOLIS

NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:02:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100708975149183120000075307

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	70.801
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	10/07/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	08/07/2020
-------------------	------------

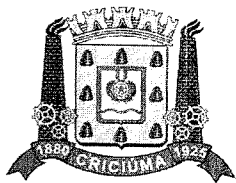
VALOR DO DOCUMENTO	753,07
--------------------	--------

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

=====

NR.AUTENTICACAO	9.C28.588.3A2.312.19D
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 1139177	Número da nota 1181273
Data da emissão da nota 15/06/2020 22:37:01	
Data do fato gerador 15/06/2020 21:50:17	
Código de verificação JADS-VZSQW	

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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: **Nº Sra. da Salete** CEP: **88813325**
Município: **CRICIÚMA** 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.: 6/2020.	753,07	1	753,07	753,07 x	2,00 =	15,06

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

RETENÇÕES FEDERAIS

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

Código do serviço:

0103 / Processamento de dados e congêneres.

Valor das Deduções(R\$) 0,00	Base de Cálculo(R\$) 753,07	Alíquota(%) 2,00	Valor ISS(R\$) 15,06
--	---------------------------------------	----------------------------	--------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614805891953359400002034312183120000124308

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 70.802

NOSSO NUMERO 6148589195

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 10/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.243,08

VALOR COBRADO 1.243,08

=====

NR.AUTENTICACAO C.FID.C27.505.198.BE5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1098454
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0504 0278 9400 0326 5500 1001 0984 5410 0124 5446

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203151101510 26/05/2020 16:49:36

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/05/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

26/05/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

16:26

FATURA / DUPLICATA

001 10/07/2020 1.243,08

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
1.217,89	58,79	0,00	0,00	1.243,08
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESKOTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				1.243,08

NOME / RAZÃO SOCIAL
VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO
AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO
CATALAO

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1

CAIXAS

6,00

6,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
867	ATENSINA 0,100MG C/30CP- BOEHRINGER (Lote: B59720, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/2019)	30049069	020	6108	CX	1	5,4700	5,47	4,56	0,55		12,00	
943	APRESOLINA 25MG C/20DRG - NOVARTIS (Lote: 1944358, Qtde: 3, Dt Val: 30/09/2021 ,Data Fab: 01/10/2019)	30049069	020	6108	CX	3	5,2700	15,81	13,17	1,58		12,00	
35966	HIDROCORTISONA 100MG C/50F/A GEN - BLAU (Lote: 20030842, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2022 ,Data Fab: 01/03/2020)	30043210	020	6108	CX	1	129,8000	129,80	108,16	12,98		12,00	
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0420008A, Qtde: 4, Dt Val: 31/12/2021 ,Data Fab: 01/01/2020)	30041019	200	6108	CX	4	273,0000	1.092,00	1.092,00	43,68		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

ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 4 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITEM 1 e 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 3 e 4 ALIQ.12% CF LEI GERICOSSP 16005/2015

ITENS 1 a 2,4

ITENS 1 a 2,4

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 88,64

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 58,79, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 58,79

Pedido: 1173971

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 27/05/2020
ASS. Indon

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190614805895053359400002034312483120000014580

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 70.803

NOSSO NUMERO 6148589505

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 10/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 145,80

VALOR COBRADO 145,80

=====

NR.AUTENTICACAO B.112.648.6E2.015.AD8

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 63104
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

135200420204036 26/05/2020 15:51:12

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.ADO. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200420204036 26/05/2020 15:51:12

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/05/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
26/05/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
15:44

FATURA / DUPLICATA

001 10/07/2020 145,80

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
145,80	20,50	0,00	0,00	145,80
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				145,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA O - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 1,30	PESO LÍQUIDO 1,30

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	47,9000	95,80	95,80	11,50		12,00	
20650	XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRI- SESTERIL-COM APLICADOR (Lote: 19120238, Qtde: 1, Dt Val: 31/12/2021 ,Data Fab: 01/12/2019)	30049043	000	5102	CX	1	50,0000	50,00	50,00	9,00		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

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% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CP.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 20,50, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 20,50
Pedido: 71535
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/05/2020
ASS. Isadora

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092239400001044983230000230383

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 70.804

DATA DE VENCIMENTO 21/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

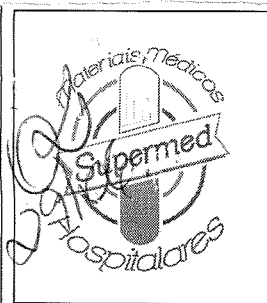
VALOR DO DOCUMENTO 2.303,83

VALOR COBRADO 2.303,83

=====

NR.AUTENTICACAO 1.5CC.3EE.5F9.79C.B0B

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

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPI. LTDA**Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000**DANFE**DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 92408
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0924 0810 0100 5299

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

135200513878447 23/06/2020 19:28:09

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/06/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

23 JUN 2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/07/2020 2.303,83

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.441,89

VALOR DO ICMS

258,74

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.303,83

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2.303,83

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO

RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

12

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

50,74

PESO LÍQUIDO

50,74

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
13142	AVENTAL DESC.ESPECIAL ML BR.C/PUNHO C/1-0-DESCARPACK LT SAEFAA0074 (10) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SAEFAA0074, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	62101000	200	5102	PCT	10	51,1500	511,50	511,50	92,07		18,00	
13583	CATER IV 22G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA026H (1) 07/20-24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA026H, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90183929	200	5102	CX	1	72,0000	72,00	72,00	12,96		18,00	
13584	CATER IV 24G C/100 S/- FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA029I (1) 11/20-24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA029I, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183929	200	5102	CX	1	106,0000	106,00	106,00	19,08		18,00	
22009	FRASCO P/ DREN.TORAX C/EXT 1000ML-BIOTEC LT 19/A02758 (2) 09/2021 (Fornecedor: 771-0, Lote: 19/A02758, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	90183929	040	5102	UND	2	13,5200	27,04					

DADOS ADICIONAIS

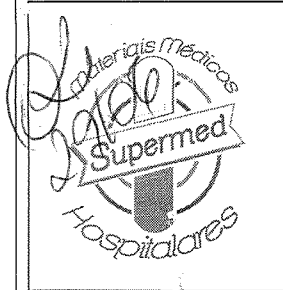
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V2R7V10||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 4 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEM 9 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 9 ICMS-ST retido por operação anterior base: 736,40 valor: 70,10
Pedido: 92483
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 9
Rota....: 3 Cubagem: 0,56

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/06/2020
ASS. *Raul*

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 92408
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0924 0810 0100 5299

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

135200513878447 23/06/2020 19:28:09

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 38119S06AAAA (4) 08/2021 (Fornecedor: 208-0, Lote: 38119S06AAAA, Qtde: 4, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2021)	90181100	200	5102	PCT	4	13,7300	54,92	54,92	9,89		18,00	
13137	AG.DESC.13 X 0,45 C/100-DESCARPACK LT SAGAAA078B (2) 06/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SAGAAA078B, Qtde: 2, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183219	200	5102	CX	2	6,6600	13,32	13,32	1,60		12,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA008A (2) 11/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SLAKAA008A, Qtde: 2, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183999	200	5102	CX	2	19,3400	38,68	38,68	6,96		18,00	
21229	SONDA ENDOTRAQ.C/BALAO N.8,0 C/10-VI-TALGOLD LT 0N6621B280 (1) 07/2024 (Fornecedor: 142, Lote: 0N6621B280, Qtde: 1, Data Fab: 31/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90183929	000	5102	CX	1	42,4500	42,45	42,45	7,64		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GERIATRIC LT 3101001 (10) 01/2023 (Fornecedor: 7983, Lote: 3101001, Qtde: 10, Data Fab: 14/01/2020, Data Val: 14/01/2023)	96190000	060	5405	FD	10	83,4900	834,90					
23064	EQ.DIETA ENT.FLEX.S/FILT.SLIP C/2-0-DESCARPACK LT SEEAAA0021 (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0021, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90189099	200	5102	PCT	1	27,0200	27,02	27,02	4,86		18,00	
19395	AMBU (RESSUSCIT.PULMO.)AD.SILIC.C/RESERV.--SAFTI LT EX-6769 (3) 11/2025 (Fornecedor: 1381, Lote: EX-6769, Qtde: 3, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2025)	90192030	000	5102	PCT	3	192,0000	576,00	576,00	103,68		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

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000092239403501040983230000094924

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 70.805

DATA DE VENCIMENTO 21/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

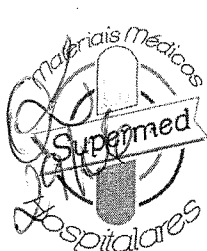
VALOR DO DOCUMENTO 949,24

VALOR COBRADO 949,24

=====

NR.AUTENTICACAO 5.18F.937.D88.3A7.5F6

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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 447529
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

131203720989979 23/06/2020 19:29:00

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203720989979 23/06/2020 19:29:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/06/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

23 JUN 2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/07/2020 949,24

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

893,74

VALOR DO ICMS

107,25

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

949,24

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

949,24

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO

AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO

POUSO ALEGRE

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

18,23

PESO LÍQUIDO

18,23

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
28821	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-DEJAMARO LT 20DM225820 (2)05/23 (Fornecedor: 2490, Lote: 20DM225820, Qtde: 2 ,Data Fab: 04/0- 6/2020, Data Val: 27/05/2023)	63079010	000	6108	PCT	2	14,8400	29,68	29,68	3,56		12,00	
25092	CLOREX.ALCOOL.0,5% ALMOT.100ML C/48-FARMAX HOSPITALAR LT 117 (1)04/22 (Forneced- dor: 7675, Lote: 117, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049047	000	6108	CX	1	75,0000	75,00	75,00	9,00		12,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1595N4 (2)04/- 25 (Fornecedor: 7737, Lote: 1595N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/- 2025)	90183219	400	6108	CX	2	7,4400	14,88	14,88	1,79		12,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR010K (2)05/23 (Fornecedor: 7934, Lo- te: PR010K, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2023)	40151900	000	6108	CX	2	387,0900	774,18	774,18	92,90		12,00	
28697	SONDA ENT.12FR AD.110CM C/EST.PC-MARK MED LT 15233 (6)05/24 (Fornecedor: 164, Lote: 15233, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2024)	90183921	040	6108	PCT	6	9,2500	55,50					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 42 B 4...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 53,62

Pedido: 415676

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

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,07

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/06/2020
ASS. *Kaia*
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092239399301041183230000114308

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 70.806

DATA DE VENCIMENTO 21/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

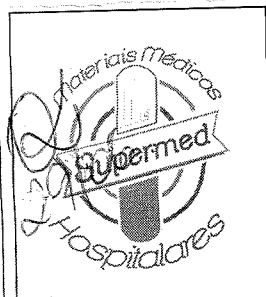
VALOR DO DOCUMENTO 1.143,08

VALOR COBRADO 1.143,08

=====

NR.AUTENTICACAO 1.C14.FE1.8B3.3C9.9A8

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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:0900-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 92353
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0923 5310 0017 7746

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200513680147 23/06/2020 18:07:16

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

23 JUN 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

FATURA / DUPLICATA

001 21/07/2020 1.143,08

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
1.143,08	202,00	0,00	0,00	1.143,08
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	1.143,08

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SÃO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 9	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 23,95	PESO LÍQUIDO 23,95

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
5584	AC. TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 5AMP 5ML-NIKKHO LT 0420.009 (4) 04/2022 (Fornecedor: 2611, Lote: 0420.009, Qtde: 4, Data Fab: 01/04/- 2020, Data Val: 30/04/2022)	30039099	500	5102	CX	4	18,7250	74,90	74,90	13,48		18,00	
14483	ONDANSETRONA 4MG 50AMP 2ML GEN-HYPOFARMA LT 20050297 (1) 05/2022 (Fornecedor: 131, Lote: 20050297, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/- 2020, Data Val: 31/05/2022)	30039079	000	5102	CX	1	62,6000	62,60	62,60	7,51		12,00	
8532	AGUA P. INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT HDZ (4) 04/2022 (Fornecedor: 15842, Lo- te: HDZ, Qtde: 4, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	4	82,4000	329,60	329,60	59,33		18,00	
12214	BICARBONATO SODIO 8,4% 100AMP 10ML-FARMACE LT BS20B006 (5) 02/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: BS20B006, Qtde: 5, Data Fab: 01/02/- 2020, Data Val: 28/02/2022)	30039099	000	5102	CX	5	99,3000	496,50	496,50	89,37		18,00	
14971	SULF. MAGNESIO 10% 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT MKA (1) 04/2022 (Fornecedor: 15842, Lote: MKA, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	1	179,4800	179,48	179,48	32,31		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R3V811UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . .
Pedido: 92480
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,05

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 25/06/2020
ASS. *Daís*
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092239404301044583230000098295

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 70.807

DATA DE VENCIMENTO 21/07/2020

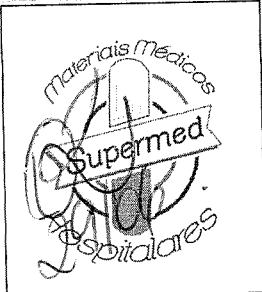
DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 982,95

VALOR COBRADO 982,95

=====

NR.AUTENTICACAO A.66D.F18.F7C.F17.58F



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 447574
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3120 0611 2060 9900 0107 5500 1000 4475 7410 0061 7260

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203721060949 23/06/2020 20:24:27

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
23/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE VALIDADE
24 JUN 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/07/2020 982,95

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	982,95	VALOR DO ICMS	117,95	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	982,95
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	982,95

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

2,07

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
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 1918-2A (5)09/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 1918-2A, Qtde: 5, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30042099	000	6108	TB	5	5,5000	27,50	27,50	3,30		12,00	
14562	HALOPERIDOL(CI) 5MG/ML 50AMP 1ML GEN-HYPO-FARMA (PORT.344/98) LT 20050675 (1)05/22 (Fornecedor: 131, Lote: 20050675, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/20-22)	30049069	000	6108	CX	1	61,2200	61,22	61,22	7,35		12,00	
9571	CL.TRAMADOL(A2) 100MG 50AMP 2ML GEN-U.QUI-MICA (PORT.344/98) LT 2016148 (1)04/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 2016148, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/20-22)	30049039	000	6108	CX	1	54,1900	54,19	54,19	6,50		12,00	
28315	METILPREDNISOL.125MG 25FAM+DIL GEN-BLAU LT 19100973 (1)10/21 (Fornecedor: 47, Lote: 19100973, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/2021)	30049099	000	6108	CX	1	300,0400	300,04	300,04	36,00		12,00	
1238	OPRAZON 40MG PO INJ.20FAM+DIL.10ML-BLAU LT 20030278 (1)02/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20030278, Qtde: 1, Data Fab: 05/02/2020, Data Val: 05/02/2022)	30049069	000	6108	CX	1	540,0000	540,00	540,00	64,80		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 42 B 1...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 58,97

Pedido: 415670

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

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/06/2020
ASS. *Kaiz*

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

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092214528001044683170000122270

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	70.808
DATA DE VENCIMENTO	15/07/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/07/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.222,70
VALOR COBRADO	1.222,70

=====

NR.AUTENTICACAO	D.AEF.0B8.8CE.E60.0B6
-----------------	-----------------------

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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 446011
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3120 0611 2060 9900 0107 5500 1000 4460 1110 0100 0221

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203714260951 17/06/2020 19:56:00

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

17/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

18 JUN 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 15/07/2020 1.222,70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.222,70	143,61	0,00	0,00	1.222,70
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESKOUTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	1.222,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

9,75

PESO LÍQUIDO

9,75

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
5478	CEFTRIAXONA 1G IV/IM 50FAM GEN-EUROFARM LT 638453A (1)09/21 (Fornecedor: 4, Lote: 63- 8453A, Qtde: 1, Data Fab: 03/10/2019, Data Val: 30/09/2021)	30041011	000	6108	CX	1	890,0000	890,00	890,00	106,80		12,00	
9571	CL-TRAMADOL(A2) 100MG 50AMP 2ML GEN-U.QUI- MICA (PORT.344/98) LT 2016148 (1)04/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 2016148, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/20- 22)	30049039	000	6108	CX	1	54,1900	54,19	54,19	6,50		12,00	
8532	AGUA P.INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT HEB1 (3)04/22 (Fornecedor: 15842, Lote: HEB1, Qtde: 3, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	6108	CX	3	79,8500	239,55	239,55	28,75		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19006739 (2)01/22 (Fornecedor: 58, Lote: BF19006739, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/20- 22)	30043100	300	6108	FR	2	19,4800	38,96	38,96	1,56		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2018A/C LAIS# R 41 B 8..

ITEM 4 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 76,47

Pedido: 414175

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 22/06/20

ASS. MAURO CHIAVELI

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

**PERECÍVEL
URGENTE**

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100810069179183120000108874

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 70.809

NOSSO NUMERO 17115360000810069

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 10/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.088,74

VALOR COBRADO 1.088,74

=====

NR.AUTENTICACAO 0.D77.379.F40.DE5.D14

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC FMI: 0 MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CNPJ 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1301567 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0567 7291 7800 0491 5500 1001 3015 6719 4252 8859

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200420721420 26/05/2020 17:27:13

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/05/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

26/05/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1301567/1	10/07/2020	1.088,74						

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			
1.088,74		195,97		0,00		0,00		1.088,74			
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		1.088,74	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CODIGO ANTT		PLACA DO VEICULO		CNPJ			
NOME / RAZÃO SOCIAL		0 - Por conta do emitente						15.066.184/0001-60			
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.											
ENDEREÇO		MUNICIPIO					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)				0,00018		4,888		4,888	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
030904	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (MEDICAL) L: ATNT 222004 Q: 100,0000 F: 01/04/20 V: 30/04/2022	63079010	000	5102	PC	100,00	6,2395	623,95	623,95	112,31	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290479 Q: 100,0000 F: 30/09/19 V: 24/09/2021	38220090	700	5102	TI	100,00	0,59	59,00	59,00	10,62	0,00	18,00	0,00
031049	MONITOR (MEDLEVENSOHN) L: 12360367 Q: 1,0000 F: 3 0/12/18 V: 30/12/2020	90278099	200	5102	PC	1,00	8,69	8,69	8,69	1,56	0,00	18,00	0,00
029590	LUVA DE PROCEDIMENTO G NITRILE S/TALCO (TALGE) L: TLNMT013 Q: 1.000,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2024	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,3971	397,10	397,10	71,48	0,00	18,00	0,00

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convênio 0107/2017 DATA ENTREGA: 26/05/2020 Pedido: 1624321 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1624321 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/5/2020
ASS. *modora*

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 15:22:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100810070177383120000077181

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 70.810

NOSSE NUMERO 17115360000810070

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 10/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 771,81

VALOR COBRADO 771,81
=====

NR.AUTENTICACAO B.D02.4EB.F6E.27D.070

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CNPJ 13916-074 - 1935225800DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1301571 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0567 7291 7800 0491 5500 1001 3015 7113 3468 6230

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200420735291 26/05/2020 17:30:23

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

26/05/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

26/05/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1301571/1	10/07/2020	771,81						

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	
771,81	138,93	0,00	0,00	771,81	
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	771,81

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

TRANSPORTADOR / VOLUME TRANSPORTADO		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		CNPJ	
NOME / RAZÃO SOCIAL		0 - Por conta do emitente								15.066.184/0001-60	
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.											
ENDEREÇO		MUNICÍPIO						UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
R MARIA CERON VOLPE 2260		SAO JOSE DO RIO PRETO						SP		647598751114	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
1,00		VOLUME(S)				0,00001		1,120		1,120	

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	19,85	198,50	198,50	35,73	0,00	18,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 19070169 Q: 50,0000 F: 01/07/19 V: 01/07/2021	30049099	000	5102	AP	50,00	5,2868	264,34	264,34	47,58	0,00	18,00	0,00
019937	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML,CLORIDRATO (SANTISA) L: 12500720 Q: 100,0000 F: 01/04/20 V: 01/04/2022	30039051	000	5102	AP	100,00	0,3877	38,77	38,77	6,98	0,00	18,00	0,00
023741	NITROGLICERINA 50MG (CRISTALIA) L: 19100055 Q: 10,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30049099	000	5102	AP	10,00	27,02	270,20	270,20	48,64	0,00	18,00	0,00

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

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASIL/PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 27/05/2020 Pedido: 1624329 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1624329 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereco: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 27/05/2020
ASS. Sodora

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:42:53
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

75691321650100230510800040000010283120000029740

BENEFICIARIO:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

NOME FANTASIA:

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELAR

CNPJ: 01.641.665/0001-47

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFIC. DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	70.811
---------------	--------

DATA DE VENCIMENTO	10/07/2020
--------------------	------------

DATA DO PAGAMENTO	08/07/2020
-------------------	------------

VALOR DO DOCUMENTO	297,40
--------------------	--------

VALOR COBRADO	297,40
---------------	--------

=====

NR.AUTENTICACAO	9.62C.4EC.BBD.B2F.606
-----------------	-----------------------

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

**AUGUSTO VALERIO DE
SIQUEIRA PAPELARIA ME**

Rua DUQUE DE CAXIAS, 1100
CENTRO - MIRANDOPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5668 CEP: 16500-000
livrariaestudebem@hotmail.com

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000.004.770
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0601 6416 6500 0147 5500 1000 0047 7017 5182 8629

Consulta de autenticidade no portal da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autenticadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200471122223 10/06/2020 10:25:13

Valor da mercadoria adquirida ou recebida		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO		CNPJ
449014737115				01.641.665/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	10/06/2020
Endereço		BAIRRO / DISTRITO	DATA DA SAÍDA
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA		Jardim Ariano	10/06/2020
UF		CEP	HORA DA EMISSÃO
SP		16400-400	10:17:06
TELEFONE / FAX		TELEFONE / CELULAR	HORA DA SAÍDA
(14)3532-5198			10:17:06

NATURA DAS DUPLICATAS			
NÚMERO DA FATURA	VALOR ORIGINAL	VALOR DO DESCONTO	VALOR LÍQUIDO
4770	594,80	0,00	594,80
Data de emissão: 10/07/2020			
Valor total: 594,80			

VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO FCP		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	594,80	
VALOR DO IPI		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	594,80		

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
		0-EMITENTE				
		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
26						

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS															
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DESC %	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %		
													ICMS	IPI	
35.18	PAPEL SULTITE RINO CX/ 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	2,00	189,90	0,00	379,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
7035	LIVRO ATA 100 FLS SAO DOMINGOS	48201000	0500	5405	UN	3,00	9,95	0,00	29,85	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
20.61	CANETA BIC AZUL CX. C/50 UNIDADES	96081000	0500	5405	CX	1,00	36,90	0,00	36,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
20.37	GRAMPO 26% ACC GALVANIZADO ACC C/5000 UNIDADES	83052000	0500	5405	UN	1,00	9,25	0,00	9,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
20.35	CLIPS WIREPLAST 500 GRS 2/0	83059000	0500	5405	UN	1,00	9,50	0,00	9,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
20.63	PLASTICO CONTACT BRAND TRANSPARENTE	48201000	0500	5405	MT	6,00	5,45	0,00	32,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1.823	COLA BRANCA ACRILEX 37 GRS	35069190	0500	5405	UN	1,00	1,65	0,00	1,65	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
2870	FITA ADESILVA ADELBRAS 48X40MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	1,00	4,15	0,00	4,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
20.35	MARCADOR PARA QUADRO BRANCO PILOT AZUL	96082000	0500	5405	UN	10,00	9,10	0,00	91,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090198 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandt Faria" de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio															

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 DO ISSQN		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR TOTAL DO ISSQN	
0,00		0,00		0,00	

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO
Imp. Aprox. Impostos R\$65,01 (10,93%) Federal R\$2,33 (4,61%) Estadual Fonte: IBPT DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, II-"NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R\$ 0,00 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.		AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 15/06/20 ASS. <i>[Assinatura]</i>

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029016900000830000107703383120000068000

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 70.812

DATA DE VENCIMENTO 10/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 680,00

VALOR COBRADO 680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 2.ED0.63F.945.0D2.EA3

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

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC		VALOR NOTA R\$ 680,00	NF-e Nº: 000.122.122 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 000.122.122 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 0651 9436 4500 0107 5500 1000 1221 2210 0464 0323 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200472378988 - 10/06/2020 14:47:12
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 10/06/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 10/06/2020
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 14:45:27

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	10/07/2020	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R.O.P.M. 0702040150 L: 35535 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 Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 12/06/20

ASS. MAURO CHAVEZ

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 96629 - P. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20%) Estadual: R\$ 81,60 (12,00%) Font e: IBPT. ISENTA DO ICMS CONFORME ARTIGO OITAVO DO RICMS/00 ANEXO I A RTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19. CONVENIO 0107/2017 UTI MIRANDOPOLIS	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 9002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092244561601046183240000373170

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 70.813

DATA DE VENCIMENTO 22/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/07/2020

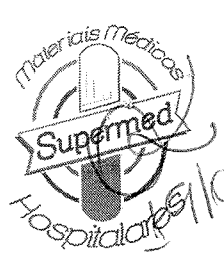
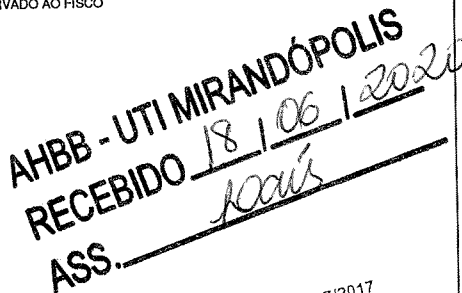
VALOR DO DOCUMENTO 3.731,70

VALOR COBRADO 3.731,70

=====

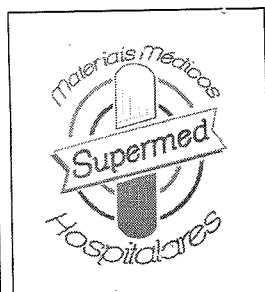
NR.AUTENTICACAO C.1CA.375.412.6FB.AB6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA																																																																																							
Avenida Tower Automotive - Galpao 26, 300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP, CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000		0-ENTRADA 1-SAIDA		1		CHAVE DE ACESSO 3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0908 4110 0066 3109																																																																																					
		Nº 90841 SERIE 1 FOLHA 1/3		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 135200494694553 17/06/2020 19:24:39																																																																																					
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																																																																																					
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03						DATA DA EMISSÃO 17/06/2020																																																																																					
BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO				CEP 16400-400		DATA ENTRADA/SAIDA 17 JUN 2020																																																																																					
MUNICÍPIO LINS		FONE/FAX 1435325198		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL																																																																																					
FONE/FAX 1435325198						HORA DA SAIDA																																																																																					
FATURA / DUPLICATA 001 22/07/2020 3.731,70																																																																																											
CÁLCULO DO IMPOSTO <table border="1"> <tr> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</td> <td>VALOR DO ICMS</td> <td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST</td> <td>VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO</td> <td>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</td> </tr> <tr> <td>3.540,82</td> <td>623,74</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>3.731,70</td> </tr> </table>								BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	3.540,82	623,74	0,00	0,00	3.731,70																																																																										
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS																																																																																							
3.540,82	623,74	0,00	0,00	3.731,70																																																																																							
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00																																																																																					
				VALOR TOTAL DO IPI 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 3.731,70																																																																																					
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS <table border="1"> <tr> <td>NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA</td> <td>FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE</td> <td>CÓDIGO ANTT</td> <td>PLACA DO VEÍCULO</td> <td>UF</td> <td>CNPJ/CPF 01125797000701</td> </tr> <tr> <td>ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200</td> <td>MUNICÍPIO SAO PAULO</td> <td>UF SP</td> <td>INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>QUANTIDADE 12</td> <td>ESPÉCIE CAIXA</td> <td>MARCA</td> <td>NÚMERO</td> <td>PESO BRUTO 59,34</td> <td>PESO LÍQUIDO 59,34</td> </tr> </table>								NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701	ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118			QUANTIDADE 12	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 59,34	PESO LÍQUIDO 59,34																																																																		
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701																																																																																						
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118																																																																																								
QUANTIDADE 12	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 59,34	PESO LÍQUIDO 59,34																																																																																						
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS</th> <th>NCM/SH</th> <th>CST</th> <th>CFOP</th> <th>UND.</th> <th>QUANT.</th> <th>V.UNIT.</th> <th>V.TOTAL</th> <th>BC ICMS</th> <th>V.ICMS</th> <th>V.IPI</th> <th>AL ICMS</th> <th>AL IPI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6826</td> <td>ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 111 (1) 11/2024 \ LT 075 (1) 08/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 111, Qtde: 1 ,Data Fab: 23/11/2019, Data Val: 23/11/2024 / Fornecedor: 261, Lote: 075, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 05/08/2024)</td> <td>44219900</td> <td>000</td> <td>5102</td> <td>PCT</td> <td>2</td> <td>2,7000</td> <td>5,40</td> <td>5,40</td> <td>0,97</td> <td></td> <td>18,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>21899</td> <td>AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1646N4 (5) 04/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1646N4, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)</td> <td>90183219</td> <td>400</td> <td>5102</td> <td>CX</td> <td>5</td> <td>7,4400</td> <td>37,20</td> <td>37,20</td> <td>4,46</td> <td></td> <td>12,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13501</td> <td>CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLI-DOR LT 13419061 (2) 06/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 13419061, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)</td> <td>90183929</td> <td>200</td> <td>5102</td> <td>PC</td> <td>2</td> <td>18,2600</td> <td>36,52</td> <td>36,52</td> <td>6,57</td> <td></td> <td>18,00</td> <td></td> </tr> <tr> <td>29014</td> <td>INDAREX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 271.05/20 (6) 05/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 271.05/20, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)</td> <td>33069000</td> <td>060</td> <td>5405</td> <td>UND</td> <td>6</td> <td>9,3700</td> <td>56,22</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>27486</td> <td>TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (2) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/11/2019, Data Val: 30/11/2024)</td> <td>90183999</td> <td>200</td> <td>5102</td> <td>CX</td> <td>2</td> <td>18,7300</td> <td>37,46</td> <td>37,46</td> <td>6,74</td> <td></td> <td>18,00</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI	6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 111 (1) 11/2024 \ LT 075 (1) 08/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 111, Qtde: 1 ,Data Fab: 23/11/2019, Data Val: 23/11/2024 / Fornecedor: 261, Lote: 075, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 05/08/2024)	44219900	000	5102	PCT	2	2,7000	5,40	5,40	0,97		18,00		21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1646N4 (5) 04/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1646N4, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183219	400	5102	CX	5	7,4400	37,20	37,20	4,46		12,00		13501	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLI-DOR LT 13419061 (2) 06/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 13419061, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	PC	2	18,2600	36,52	36,52	6,57		18,00		29014	INDAREX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 271.05/20 (6) 05/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 271.05/20, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	33069000	060	5405	UND	6	9,3700	56,22						27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (2) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	2	18,7300	37,46	37,46	6,74		18,00	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI																																																																														
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 111 (1) 11/2024 \ LT 075 (1) 08/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 111, Qtde: 1 ,Data Fab: 23/11/2019, Data Val: 23/11/2024 / Fornecedor: 261, Lote: 075, Qtde: 1 ,Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 05/08/2024)	44219900	000	5102	PCT	2	2,7000	5,40	5,40	0,97		18,00																																																																															
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 1646N4 (5) 04/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 1646N4, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183219	400	5102	CX	5	7,4400	37,20	37,20	4,46		12,00																																																																															
13501	CANULA P/TRAQUEOSTOMIA C/B N.7,5 PC-SOLI-DOR LT 13419061 (2) 06/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 13419061, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183929	200	5102	PC	2	18,2600	36,52	36,52	6,57		18,00																																																																															
29014	INDAREX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 271.05/20 (6) 05/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 271.05/20, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	33069000	060	5405	UND	6	9,3700	56,22																																																																																			
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (2) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/11/2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	2	18,7300	37,46	37,46	6,74		18,00																																																																															
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES #R2V2R4V10 UTI MIRANDOPOLIS -CONVENIO 0107/2017 A/CLAIS ... ITENS 4,10 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria ITEM 4 ICMS-ST retido por operação anterior base: 46,98 valor: 4,80 ITEM 10 ICMS-ST retido por operação anterior base: 73,64 valor: 7,01 Pedido: 90947 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDOPOLIS-SP Horário : COMERCIAL Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos termos da Portaria CAT 116/2017 Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671 QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703 Subs.Trib.RICMS Art.313-G - Item 10 Rota.....: 3 Cubagem: 0,33								RESERVADO AO FISCO 																																																																																			

MERCADORIA AVARIADAS E/OU FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE FOREM RELACIONADAS NO CONHECIMENTO DE TRANSCORTE

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



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 90841
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0908 4110 0066 3109

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200494694553 17/06/2020 19:24:39

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (6) 06/2021 (Fornecedor: 208-0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	6	13,7300	82,38	82,38	14,83		18,00	
23064	EQ.DIETA ENT.FLEX.S/FILT.SLIP C/2-0-DESCARPACK LT SEEAAA0021 (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEEAAA0021, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90189099	200	5102	PCT	1	27,0200	27,02	27,02	4,86		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 25082019 (2) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 25082019, Qtde: 2, Data Fab: 25/08/2019, Data Val: 25/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	2	22,4500	44,90	44,90	8,08		18,00	
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI-TEX-CREMER REF.257199 LT 2333365 (1) 09/2-021 (Fornecedor: 1496, Lote: 2333365, Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30051030	500	5102	PCT	1	67,8100	67,81	67,81	12,21		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE-RIATRIC LT 14101001 (1) 01/2023 (Fornecedor: 7983, Lote: 14101001, Qtde: 1, Data Fab: 25/01/2020, Data Val: 25/01/2023)	96190000	060	5405	FD	1	79,1600	79,16					
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA008A (1) 11/2024 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLAKAA008A, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1	19,3400	19,34	19,34	3,48		18,00	
21441	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/20-DESCARPA LT SLVJAA054S (1) 11/2023 (Fornecedor: 91-8, Lote: SLVJAA054S, Qtde: 1, Data Fab: 01/12/2018, Data Val: 30/11/2023)	39262000	200	5102	CX	1	682,9000	682,90	682,90	122,92		18,00	
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SRI5-2/19MM (3) 08/2024 (Fornecedor: 1925, Lote: SRI52/19MM, Qtde: 3, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	40151900	000	5102	CX	3	420,1700	1.260,51	1.260,51	226,89		18,00	
28883	MASC TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/2-5AZ-BOMPACK LT EMTH001 (10) 04/2025 (Fornecedor: 1837, Lote: EMTH001, Qtde: 10, Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	63079010	200	5102	PCT	10	38,5000	385,00	385,00	69,30		18,00	
24190	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/24-CIEX LT FP0-95/20-HC (1) 02/2022 (Fornecedor: 2453, Lote: FP095/20-HC, Qtde: 1, Data Fab: 20/02/2020, Data Val: 20/02/2022)	30051090	500	5102	CX	1	76,8500	76,85	76,85	13,83		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARPACK LT SEUUA0014 (2) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0014, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90189010	200	5102	PCT	2	22,8900	45,78	45,78	8,24		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310022C (1) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310022C, Qtde: 1, Data Fab: 12/1-2/2019, Data Val: 12/12/2024)	48191000	000	5102	CX	1	67,5500	67,55	67,55	12,16		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT G799 (1) 12/2024 (Fornecedor: 1156, Lote: G799, Qtde: 1, Data Fab: 18/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183119	200	5102	CX	1	61,4600	61,46	61,46	7,38		12,00	
24405	SERINGA DESC.20ML LOCK C/300-INJEX LT 148-7/19 (1) 08/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1487/19, Qtde: 1, Data Fab: 05/08/2019, Data Val: 05/08/2024)	90183119	000	5102	CX	1	115,6500	115,65	115,65	13,88		12,00	
28697	SONDA ENT.12FR AD.120CM C/EST.PC-MARK ME LT 15233 (6) 05/2024 (Fornecedor: 164, Lote: 15233, Qtde: 6, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/05/2024)	90183921	040	5102	PCT	6	9,2500	55,50					

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



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 90841
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0611 2060 9900 0441 5500 1000 0908 4110 0066 3109

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

135200494694553 17/06/2020 19:24:39

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
20431	CUR.HIDROCO.E.FINO 20X20CM C/10-CASEX REF.H320 LT C006/20 (1) 01/2023 (Forneced- dor: 1003, Lote: C006/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/01/2020, Data Val: 16/01/2023)	30051090	000	5102	CX	1	121,0000	121,00	121,00	21,78		18,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 5223M4 (2) 12/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 5223M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 03/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183219	400	5102	CX	2	6,2600	12,52	12,52	1,50		12,00	
19395	AMBU(RESSUSCIT.PULMO.)AD.SILIC.C/RESERV.-- SAFTI LT EX-6769 (1) 11/2025 (Fornecedor: 1381, Lote: EX-6769, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2025)	90192030	000	5102	PCT	1	192,0000	192,00	192,00	34,56		18,00	
24383	AP.PRESSAO NYL AD.VELCRO-PREMIUM LT 351901 (1) 01/2030 (Fornecedor: 739, Lote: 35190- 1, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/01/2020, Data Val: 10/01/2030)	90189092	200	5102	UND	1	71,5700	71,57	71,57	12,88		18,00	
27548	AP. PRESSAO NYL+ESTETO OBESO VELCRO-PRE- MIUM LT 381901 (1) 02/2030 (Forneced- dor: 739, Lote: 381901, Qtde: 1 ,Data Fab: 20/02/2020, Data Val: 20/02/2030)	90189092	200	5102	UND	1	82,5600	82,56	82,56	14,87		18,00	
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	7,4400	7,44	7,44	1,35		18,00	

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080689077271512711770003383150000192124

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 71.301
DATA DE VENCIMENTO 13/07/2020
DATA DO PAGAMENTO 13/07/2020
VALOR DO DOCUMENTO 1.921,24
VALOR COBRADO 1.921,24
=====

NR.AUTENTICACAO 4.DE8.087.AFD.0BD.94A

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

 BELIVE MEDICAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA RUA LAURO VANNUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº 64.046 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/1	CONTROLE FISCO  CHAVE DE ACESSO 3520.0514.3355.4400.0119.5500.0000.0640.4610.1162.5990 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 135200433336373 - 29/05/2020 16:20:24
---	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO
5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL 795.194.063.113	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 14.335.544/0001-19
---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CNPJ 45.349.461/0001-02	DATA EMISSÃO 29/05/2020
ENDEREÇO AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 16370-000
MUNICÍPIO Lins	FONE / FAX (014)3541-1544	UF SP
	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA 16:19:48

FATURA/DUPPLICATAS

64046/1 - 13/07/20 - 1921,24

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.921,24	VALOR DO ICMS 230,55	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.921,24
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 1.921,24

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO 0	CODIGO ANNT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE 17	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 235,6000	PESO LÍQUIDO 235,6000

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: PR305L6 - 15/09/2021 Qtde: 8.00 Numero da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	500 5102	CX	8,0000	148,6800	0,0000 0,0000 %	1.189,44	1.189,44	142,73 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	72,0000	0,0000 0,0000 %	216,00	216,00	25,92 0,00	0,00	12,00	0,00
704 30049099	FISIOLOGICO 0,9% 1000ML AZB1324 CX16BOLS BAXTER Lote: PR305H4 - 13/03/2022 Qtde: 3.00 Numero da FCI: D2470C90-9FE5-4032-844B-B95540A6396F	500 5102	CX	3,0000	57,6000	0,0000 0,0000 %	172,80	172,80	20,74 0,00	0,00	12,00	0,00
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR306W9 - 07/10/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	1,0000	163,8000	0,0000 0,0000 %	163,80	163,80	19,66 0,00	0,00	12,00	0,00
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062CX50BOLS BAXTER Lote: PR306X0 - 07/10/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	1,0000	120,0000	0,0000 0,0000 %	120,00	120,00	14,40 0,00	0,00	12,00	0,00
1089 30049099	GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BOLS BAXTER Lote: PR305F6 - 11/09/2021 Qtde: 1.00 Numero da FCI: BB2C7443-F4C1-441F-A2B0-7A88B80F0961	500 5102	CX	1,0000	59,2000	0,0000 0,0000 %	59,20	59,20	7,10 0,00	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" / Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBEMOS ASS.
--	--

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

0339967614658000000500035201011483170000950000

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	71.302
DATA DE VENCIMENTO	15/07/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/07/2020
VALOR DO DOCUMENTO	9.500,00
VALOR COBRADO	9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 4.6BD.CE1.CD7.AB4.771

Mirandópolis

		PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 986					
Data e Hora da Emissão		01/07/2020 17:31:01		Competência		1/7/2020		Código de Verificação		JXNA85UMK	
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 MEDICOS HOSPITALARES LTDA									
Nome Fantasia		ECQ									
CNPJ/CPF		14.352.079/0001-24		Inscrição Municipal		20004074		Município		RIBEIRAO PRETO - SP	
Endereço e Cep		AVENIDA PORTUGAL , 1740 - SANTA CRUZ DO JOSÉ JACQUES CEP: 14020-733									
Complemento:		CONJ. A - CONJ. A SALA 63		Telefone:		16997252285		e-mail:			
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL									
CNPJ/CPF		45.349.461/0001-02		Inscrição Municipal				Município		BILAC - SP	
Endereço e CEP		RUA SETE DE SETEMBRO ,529 - CENTRO CEP: 16210-000									
Complemento:				Telefone:		(14)3532-5198		e-mail:		financeiro@ahbb.org.br	
Discriminação dos Serviços											
Manutenção Corretiva e Preventiva de Equipamentos Médicos Hospitalares. Serviços Prestados na UTI Adulto do Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria - Mirandópolis. Convênio 0107/2017 Empresa Optante do Simples Nacional desde 01/01/2014. Alíquota do ISS igual a 2,79%. Pagamento conforme boleto.											
Código do Serviço / Atividade											
14.01 / 14.01.15 / 00140115 - CONCERTO, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORI AIS..											
Detalhamento Específico da Construção Civil											
Código da Obra								Código ART			
Tributos Federais											
PIS				COFINS				IR(R\$)			
INSS(R\$)				CSLL(R\$)							
Detalhamento de Valores - Prestador dos Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido no Município			
Valor dos Serviços R\$		9.500,00		Natureza Operação		Valor dos Serviços R\$		9.500,00			
(-) Desconto Incondicionado				1-Tributação no município		(-) Deduções permitidas em lei					
(-) Desconto Condicionado				Regime especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado					
(-) Retenções Federais		0,00		0-Nenhum		Base de Cálculo		9.500,00			
Outras Retenções				Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,79			
(-) ISS Retido		0,00		1 - Sim		ISS a reter:				() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido R\$		9.500,00		Incentivador Cultura		(=) Valor do ISS: R\$		0,00			
				2-Não							
Avisos 1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, ribeirãopreto.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação. 3 - Documento emitido por ME ou EPP optante pelo Simples Nacional.Não gera direito a crédito fiscal de ISS e IPI. Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual 'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio											

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000482183007252808783170000373254

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 71.303

DATA DE VENCIMENTO 15/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.732,54

VALOR COBRADO 3.732,54

=====

NR.AUTENTICACAO 8.A02.D4F.20F.63A.F52

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
48283

Data de Emissão
29/06/2020

Data e Hora da
Competência
29/06/2020 às 16:15:31

Código de Verificação
0000-0005-6316

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 51.100.840/0001-67 Cód. Mobiliário 1069 Insc. Mun. 1069
Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA
Logradouro RUA-TIRADENTES Número 1086
Bairro VILA MENDONÇA CEP 16015-020
Município ARAÇATUBA UF SP

Autenticação



Situação Não Optante do Simples Nacional
Telefones (18)3623-2649 ; (18)3117-7010
E-Mail's nfe@laboratoriosapaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02 IE ISENTO
Inscrição Mun. Cód. Mobiliário 0
Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
E-mail acpinotti@gmail.com; Telefone
Inf. Comp.
Logradouro RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES Número 303
Bairro JARDIM ARIANO CEP 16400-400
Município LINS UF SP
Complemento N.A. País BRASIL

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora 29/06/2020 às 16:15:37 Lote 56316
Número do RPS 0000-0005-6316 Sequência 56316

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
1953	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA 06/2020	3.977,1300	1,00	0,00	0,00	3.977,13

Valor Total dos Serviços - R\$3.977,13

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REFERENCIA 06/2020

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
25,85	119,31		59,66	39,77		
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\$ 3.977,13

Atividade
8640202-LABORATÓRIOS CLÍNICOS

Operação
Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos
Não

Responsável pelo imposto
Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal
Normal

Local do Serviço
Dentro do Município

Aliquota (%)	Base de Cál. (R\$)	Vlr. Total das Deduções (R\$)	Vlr. Total Retido (R\$)	Vlr. do ISS (R\$)
3,0000	3.977,13	0,00	244,59	119,31

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 3.732,54

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 48283 emitida em 29/06/2020 às 16:15:31 - Cód Verif 0000-0005-6316

Condições de Pagamento: Vencimento: 29/06/2020 Valor Total R\$ 3.977,13 Valor Líquido R\$ 3.732,54

Ass: _____ em _____/_____/_____,

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614981557883359000002034312383190000041060

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 71.304

NOSSO NUMERO 6149155788

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 17/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 410,60

VALOR COBRADO 410,60

=====

NR.AUTENTICACAO F.420.729.BD6.634.975

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
	AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700	0-ENTRADA 1 1-SAIDA 1	CHAVE DE ACESSO 3520 0604 0278 9400 0750 5500 1000 0655 5210 0089 8888
		Nº 65552 SERIE 1 FOLHA 1/1	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 135200445615297 02/06/2020 21:46:43
---	--

INSCRIÇÃO ESTADUAL 671.392.680.115	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ 04.027.894/0007-50
--	--	-----------------------------------

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 02/06/2020
---------------------------------	--	---------------------------------------	--------------------------------------

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC.HOSPITALAR BENEF.DO BRASIL (8149)		CEP 16400-400	DATA ENTRADA/SAÍDA 02/06/2020
---	--	-------------------------	---

ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	HORA DA SAÍDA 21:42
--	--	---	-------------------------------

MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
--------------------------	-------------------------------	-----------------	---------------------------

FATURA / DUPLICATA			
001	17/07/2020	410,60	

CÁLCULO DO IMPOSTO			
---------------------------	--	--	--

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 410,60	VALOR DO ICMS 59,73	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 410,60
--	-------------------------------	---	---	---

VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 410,60
-------------------------------	--------------------------------	-----------------	---	-----------------------------------	--------------------------------------

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
--	--	--	--	--	--

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF SP	CNPJ/CPF
--	---	--------------------	-------------------------	-----------------	-----------------

ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
--------------------------------------	----------------------------	-----------------	-------------------------------------

QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 10,00	PESO LÍQUIDO 10,00
------------------------	--------------------------	--------------	---------------	----------------------------	------------------------------

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22710	ATENOLOL 25MG C/30CP GEN -EMS (Lote: 110162, Qtde: 1, Dt Val: 31/08/2021, Data Fab: 01/08/2019)	30049042	000	5102	CX	1	2,4000	2,40	2,40	0,29		12,00	
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 1950663, Qtde: 2, Dt Val: 31/12/2022, Data Fab: 01/12/2019)	30049045	000	5102	CX	2	47,9000	95,80	95,80	11,49		12,00	
30299	GLILOCORT 100MG C/50 - NOVAFARMA (Lote: 78PC0961, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2022, Data Fab: 01/03/2020)	30043210	000	5102	CX	1	129,8000	129,80	129,80	23,36		18,00	
26358	PHOSFOENEMA 130ML C/12-CRISTALIA (Lote: 19050162, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2022, Data Fab: 01/05/2019)	30049099	000	5102	CX	1	44,6000	44,60	44,60	8,03		18,00	
28934	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML C/6 BOLSA GEN-SANOBIOL (Lote: 19125039, Qtde: 2, Dt Val: 31/12/2021, Data Fab: 01/12/2019)	30049099	000	5102	CX	2	69,0000	138,00	138,00	16,56		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
-------------------------	---------------------------

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota: UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 1 a 2,5 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\$ 59,73, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 59,73
Pedido: 74328
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/106/2020
ASS. João

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:02:53
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614981554023359800002034312783190000011640

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	71.305
NOSSO NUMERO	6149155402
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	17/07/2020
DATA DO PAGAMENTO	13/07/2020
VALOR DO DOCUMENTO	116,40
VALOR COBRADO	116,40

=====

NR.AUTENTICACAO E.D7A.271.45B.FFB.40F

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

CHAVE DE ACESSO
5220 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1003 3910 0062 9947

Nº 1100339
SERIE 1
FOLHA 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
152203168139935 02/06/2020 19:54:49

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ
04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
02/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
02/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
19:49

FATURA / DUPLICATA

001 17/07/2020 116,40

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
97,01	11,64	0,00	0,00	116,40
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				116,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO
CATALÃO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			1,60	1,60

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
867	ATENSINA 0,100MG C/30CP- BOEHRINGER (Lote: B59720, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/2019)	30049069	020	6108	CX	2	5,4700	10,94	9,12	1,09		12,00	
943	APRESOLINA 25MG C/20DRG - NOVARTIS (Lote: 2005975, Qtde: 4, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/02/2020)	30049069	020	6108	CX	4	5,2700	21,08	17,57	2,11		12,00	
945	APRESOLINA 50MG C/20 DRG - NOVARTIS (Lote: 2011460, Qtde: 4, Dt Val: 31/08/2021 ,Data Fab: 01/03/2020)	30049069	020	6108	CX	4	7,0400	28,16	23,47	2,82		12,00	
49467	OMEPRAZOL 20MG C/56 CAP GEN - PHARLAB (Lote: 20000741, Qtde: 6, Dt Val: 28/02/2022 ,Data Fab: 01/02/2020)	30049069	020	6108	CX	6	3,9500	23,70	19,75	2,37		12,00	
28121	ESPARADRAPO 10CMX4,5M - PROCITEX (Lote: 2369691, Qtde: 6, Dt Val: 28/02/2022 ,Data Fab: 01/02/2020)	30051030	020	6108	RL	6	5,4200	32,52	27,10	3,25		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO

Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017

ITENS 1 a 5 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 5

ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITENS 1 a 3,5 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

ITEM 4 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015

ITENS 1 a 3,5

ITENS 1 a 3,5

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 5,56

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 14,34, Federal, R\$ 2,70, Estadual, R\$ 11,64

Pedido: 1176225

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 03/06/2020
ASS. *Raul*

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:32:53
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100812397172383190000334148

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 71.306

NOSSO NUMERO 17115360000812397

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 17/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.341,48

VALOR COBRADO 3.341,48

=====

NR.AUTENTICACAO B.1CA.D5A.599.5F1.51C

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

RUA DO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JARDIM ARIANA - SP
CNPJ 13816-074 - 1935225800

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1304477 FL 1 / 2

SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3044 7715 2675 4433

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200445472339 02/06/2020 20:33:21

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/06/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

02/06/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1304477/1	17/07/2020	3.341,48						

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
3.341,48	588,52	0,00	0,00	3.341,48
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	3.341,48

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

6,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,01603

PESO BRUTO

13,372

PESO LÍQUIDO

13,372

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
030904	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (MEDICAL) L: ATNT 222004 Q: 300,0000 F: 01/04/20 V: 30/04/2022	63079010	000	5102	PC	300,00	5,7445	1.723,35	1.723,35	310,20	0,00	18,00	0,00
020593	CATETER NASAL TIPO OCULOS (MARKMED) L: 15142 Q: 20,0000 F: 30/04/20 V: 30/04/2024	90183929	000	5102	PC	20,00	0,7049	14,10	14,10	2,54	0,00	18,00	0,00
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 0420 Q: 3,0000 F: 01/04/20 V: 01/04/2025	52030000	000	5102	RO	3,00	10,7404	32,22	32,22	5,80	0,00	18,00	0,00
031502	MASCARA CIR. TRIPLA C/ELASTICO (MEDIX) L: KR202003 13BR Q: 100,0000 F: 30/03/20 V: 30/03/2025	63079010	200	5102	PC	100,00	1,9148	191,48	191,48	34,47	0,00	18,00	0,00
031343	LANCETA P/ TESTE DE GLICEMIA 28G (MEDLEVENSOHN) L: 1911143 Q: 400,0000 F: 30/12/19 V: 30/11/2024	90183999	200	5102	PC	400,00	0,1956	78,24	78,24	14,08	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290492 Q: 450,0000 F: 13/10/19 V: 12/10/2021	38220090	700	5102	TI	450,00	0,57	256,50	256,50	46,17	0,00	18,00	0,00
031049	MONITOR (MEDLEVENSOHN) L: 12360381 Q: 1,0000 F: 16/01/19 V: 15/01/2021	90278099	200	5102	PC	1,00	9,40	9,40	9,40	1,69	0,00	18,00	0,00
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTION) L: 9297097 Q: 100,0000 F: 30/10/19 V: 31/10/2021	90183119	200	5102	PC	100,00	2,1569	215,69	215,69	25,88	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 03/06/2020 Pedido: 1631357 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1631357 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 03/106/2020
ASS. *laais*

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 10:02:54
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100812343176383190000327437

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 71.307

NOSSO NUMERO 17115360000812343

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 17/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.274,37

VALOR COBRADO 3.274,37

=====

NR.AUTENTICACAO 4.E29.DA8.414.E7A.7E9

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

Identificação do emitente COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA RUA DO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP CNPJ: 13918074 - 1935225800		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 Nº. 1304399 FL 1 / 2 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3043 9917 2273 4883 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200445380296 02/06/2020 19:46:30									
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 67.729.178/0004-91									
DESTINATÁRIO/REMETENTE													
NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02									
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303				BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO									
MUNICÍPIO LINS				CEP 16400-400									
FONE / FAX 1836591243				UF SP									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110				DATA DA EMISSÃO 02/06/2020									
HORA DE SAÍDA 02/06/2020				DATA DA ENTRADA/SAÍDA 02/06/2020									
FATURA/DUPLICATA													
FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR								
1304399/1	17/07/2020	3.274,37											
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST									
3.274,37		507,97		0,00									
VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR DO ICMS		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS									
0,00		0,00		3.274,37									
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		VALOR DO DESCONTO									
0,00		0,00		0,00									
OUTRAS DESPESAS		VALOR DO IPI		VALOR TOTAL DA NOTA									
0,00		0,00		3.274,37									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT								
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.			0 - Por conta do emitente										
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF								
R MARIA CERON VOLPE 2260			SAO JOSE DO RIO PRETO		SP								
QUANTIDADE			PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO								
2,00			14,046		14,046								
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
028569	CARVEDILOL 12,5MG (BIOLAB SANUS) L: 1049210 Q: 60,0000 F: 28/02/20 V: 28/02/2022	30049069	000	5102	CP	60,00	0,1719	10,31	10,31	1,86	0,00	18,00	0,00
010851	PREDNISONA 20MG (NEO Q/HYP/BRAIN) L: B20C0779 Q: 40,0000 F: 30/03/2023, nFCI: 97D581FF-8F05-48B5-AF51-926AB47DA672	30043999	500	5102	CP	40,00	0,1946	7,78	7,78	1,40	0,00	18,00	0,00
003148	DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML (TEUTO) (ITEM GENERICO) L: 26584020 Q: 120,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2021	30049069	000	5102	AP	120,00	0,5584	67,01	67,01	8,04	0,00	12,00	0,00
031376	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (CRISTALIA) L: A12306A2 Q: 10,0000 F: 21/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	15,2724	152,72	152,72	27,49	0,00	18,00	0,00
005779	FUROSEMIDA 20MG/2ML (HYPOFARMA) (ITEM GENERICO) L: 20010038 Q: 200,0000 F: 30/04/20 V: 30/01/2022	30039086	000	5102	AP	200,00	0,4699	93,98	93,98	11,28	0,00	12,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 20030487 Q: 150,0000 F: 30/03/20 V: 30/03/2022	30049099	000	5102	AP	150,00	5,2866	792,99	792,99	142,74	0,00	18,00	0,00
020908	OMEPRAZOL 40MG F-A (EUROFARMA) (ITEM GENERICO) L: 671250B Q: 50,0000 F: 30/04/20 V: 30/03/2022	30049069	000	5102	FA	50,00	23,92	1.196,00	1.196,00	143,52	0,00	12,00	0,00
CÁLCULO DO ISSQN													
INSCRIÇÃO MUNICIPAL		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN									
550516029		0,00		0,00									
VALOR DO ISSQN		0,00											
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 03/06/2020 Pedido: 1631343 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1631343 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: 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 AMBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 03/06/2020 ASS. <i>Loais</i>													

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -

JAGUARIUNA - SP

CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1304399 FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3043 9917 2273 4883

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200445380296 02/06/2020 19:46:30

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOQUÍMICO) L: 008944 Q: 50,000 0 F: 17/04/20 V: 31/03/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D 1500846756	30042059	500	5102	FA	50,00	13,90	695,00	695,00	125,10	0,00	18,00	0,00
025541	METRONIDAZOL 500MG S.FECHADO (FARMACE) L: 20C01 26A Q: 60,0000 F: 30/03/20 V: 30/03/2022	30039076	000	5102	FR	60,00	3,7224	223,34	223,34	40,20	0,00	18,00	0,00
011763	LIDOCAÍNA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19110259 Q: 10,0000 F: 01/11/19 V: 01/11/2021	30049043	000	5102	TB	10,00	3,5244	35,24	35,24	6,34	0,00	18,00	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.54
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

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

AGENCIA: 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: 13/07/2020

=====

DOCUMENTO: 071308

AUTENTICACAO SISBB: 6.9C1.A31.FDD.DE9.2AE

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 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

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 02/06/2020
ASS. [assinatura]

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
[assinatura]

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:54
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399154567950000000913772301019883170000007000

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 71.309

DATA DE VENCIMENTO 15/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 8.EFF.B71.66A.A8C.A7C

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
Secretaria Municipal de Economia e Finanças
Divisão de Receitas Mobiliárias

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços

Número da Nota: 000000003973-1			Data de Emissão: 01/07/2020	
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: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL				
CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02		CEP: 01640-040	Cidade: LINS/SP	
Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303				
E-Mail: clsato@ahbb.org.br				
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS				
01 - SERVIÇO DE LOCAÇÃO DE SISTEMA DE TRATAMENTO DE PONTO RHID (REFERENTE: 07/2020 A 12/2020)				
ASSOCIAÇÃO HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (AHBB) - MIRANDOPOLIS				
Atividade: CONCERTO MANUT CONSERV REPAR DE MAQUINAS E EQUIPAMENTOS				
Código do Serviço: 14.01 - LUBRIFICAÇÃO, LIMPEZA, LUSTRAÇÃO, REVISÃO, CARGA E RECARGA, CONCERTO, RESTAURAÇÃO, BLINDAGEM, MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE MÁQUINAS, VEÍCULOS, APARELHOS, EQUIPAMENTOS, MOTORES, ELEVADORES OU DE QUALQUER OBJETO				
Local da Prestação: BAURU			Situação de Tributação: Tributada no Prestador	
I.N.S.S. (R\$) 0,00	I.R. (R\$) 0,00	PIS (R\$) 0,00	COFINS (R\$) 0,00	C.S.L.L. (R\$) 0,00
Os valores acima referem-se as retenções de tributos administrados pela União, sendo de responsabilidade do Prestador e não implicam na alteração da base de cálculo deduzindo apenas do total líquido				Valor Aprox. Tributos 0,00
Deduções de Materiais 0,00	Base de Cálculo (R\$) 420,00	Alíquota (%) 3,31	Valor do ISS (R\$) 13,90	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: A83F7E732476C72CB6FAADDA294DB0EA

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:54
679006790 0000

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615069044113347800001526110183180000256875

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 71.310

NOSSO NUMERO 6150904411

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 16/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 13/07/2020

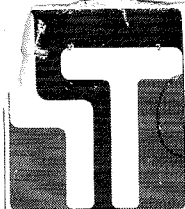
VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO E.9A0.D07.089.39E.B95

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



Samtronic Indústria e Comércio Ltda

Rua Venda da Esperança, 162
Sorocaba Cep:04763-040
São Paulo/SP
Fone: 551122447751

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAÍDAN. 000241023
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3520 0658 4266 2800 0133 5500 1000 2410 2311 0021 0390

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200487499704 16/06/2020 09:09:53-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL				CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02		DATA DE EMISSAO 16/06/2020	
ENDEREÇO AV. JOSE ARIANO RODRIGUES,303, SALA 03			BAIRRO/DISTRITO CENTRO		CEP 16400-400		DATA ENTRADA/SAÍDA
MUNICIPIO LINS		FONE/FAX 1435325198		UF SP		HORA ENTRADA/SAÍDA	
FATURA							
001 16/07/2020 2.568,75		002 15/08/2020 2.568,75					

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL VELOXX TRANSPORTES LTDA			FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 14.990.752/0001-51
ENDEREÇO RUA ALVARENGA PEIXOTO			MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 146964519117		
QUANTIDADE 6	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO		PESO BRUTO 14,580	PESO LÍQUIDO 12,750	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): MAI20902335818108 - Val Idade: 31/05/2023	90189099	040	5101	UN	150,0000	16,96000000	2.544,00	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote (S): MAI20900314420008 - Val Idade: 31/05/2023	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): MAI20905235709008 - Val Idade: 31/05/2023	90189099	040	5101	UN	100,0000	16,96000000	1.696,00	0,00	0,00	0,00	0.00%	0.00%

ATENÇÃO
CONFERIR A MERCADORIA NO ATO DA ENTREGA
Prazo máximo para reclamação: 07 dias consecutivos
a partir da data de recebimento do produto
Samtronic Ind. Com. tda

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 94911827	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 135200487499704 ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDÓPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA : UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 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 Endereço de entrega: ,, - *** Pedido de Venda: 453341 *** Cotacao Numero: 1200 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1104.38 (21.50%). Fonte: IBPT.	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 19/06/2020 ASS. <i>Amey</i>
--	---

20/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:23:59
679006790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	20/07/2020
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	5.ED8.B6D.97C.712.F47
-----------------	-----------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

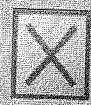
Número da Nota
2037

Data de Emissão
01/07/2020

Data e Hora da
Competência
01/07/2020 às 11:27:04

Código de Verificação
0034-9177-9012

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 12.119.494/0001-07

Cód. Mobiliário 100166

Insc. Mun. 100166

Autenticação

Nome TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA

IE 419065626119

Logradouro RUA-ALVARES DE AZEVEDO

Número 60

Bairro JARDIM PINHEIRO

CEP 16400-580

Município LINS

UF SP

Situação Optante do Simples Nacional

Telefones (14) 3532-3506

E-Mail's



TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ 45.349.461/0001-02

IE ISENTO

Inscrição Mun. 104244

Cód. Mobiliário 104244

Nome ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail jvalentim@ahbb.org.br;

Telefone contabilidade2@ahbb.org.br

Inf. Comp.

Logradouro AVENIDA.-JOSE ARIANO RODRIGUES

Número 303

Bairro JARDIM ARIANO

CEP 16400-400

Município LINS

UF SP

Complemento SALA 03

País BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
4	ACESSORIA EM SEGURANÇA DO TRABALHO	934,0000	1,00	0,00	0,00	934,00
Valor Total dos Serviços - R\$934,00						

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI MIRANDOPOLIS
VENCIMENTO: 20/07/2020

style="font-size: 9px; line-height: 107%; font-family: Arial, sans-serif; ">

CONTA PARA DEPOSITO
BANCO DO BRASIL
AG:0058-2
C/C:59599-3

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

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 934,00

Atividade

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Simples Nacional

Local do Serviço

Dentro do Município

Aliquota (%)

Base de Cál. (RS)

Vlr. Total das Deduções (RS)

Vlr. Total Retido (RS)

Vlr. do ISS (RS)

4,7000

934,00

0,00

0,00

43,90

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 2037 emitida em 01/07/2020 às 11:27:04 - Cód Verif 0034-9177-9012

Condições de Pagamento: **Vencimento: 01/07/2020** Valor Líquido R\$ 934,00

Ass: _____

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:54
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614729780843347400001526110183200000256875

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIM

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 72.001

NOSSO NUMERO 6147978084

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 18/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO A.0BC.2C5.5C9.D51.1ED

**Samtronic Indústria e Comércio Ltda**

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

N. 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

VENDA DE PRODUÇÃO DO ESTABELECIMENTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200397517737 19/05/2020 09:36:03-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE**NOME/RAZÃO SOCIAL**

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DE EMISSÃO

19/05/2020

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA ENTRADA/SAÍDA

FATURA

001
18/06/2020
2.568,75

002
18/07/2020
2.568,75

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5.137,50
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL VELOXX TRANSPORTES LTDA	FRETE POR CONTA 0-EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 14.990.752/0001-51
ENDEREÇO RUA ALVARENGA PEIXOTO	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 146964519117		
QUANTIDADE 6	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 14,580	PESO LÍQUIDO 12,750

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): 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 GIPASET 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: 07 dias consecutivos
a partir da data de recebimento do produto
Samtronic Ind. Com. Ltda

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

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 94911827	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Protocolo: 135200397517737
ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDÓPOLIS-SP. CEP 16.800-000
ALÍQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL
HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTÁVEL DE CIRCULAÇÃO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES
ISENÇÃO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO
CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALÍQUOTA ZERO DE
PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO
XXXV Endereço de entrega: ., . - *** Pedido de Venda: 451366 *** Cotacao
Numero: 0897 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1376.50 (26.79%). Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/05/20
ASS. Raúl C. de Souza

mirandópolis

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 91

Nº 000000024

Emissão: 01/07/2020

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 Referência: 02825

CNPJ/CPF: 45349461000102

Inscrição Estadual ISENT0

Base do Cálculo do ICMS	ICMS	Isenta e Não Tributada	Outros	Valor Total
0,00	0,00	189,90	0,00	189,90

Chave de Codificação Digital

f274.ab71.2603.3585.c576.9cfe.2c26.8a6e

Situação do documento fiscal

SEQ.	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS / PRODUTOS	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLCULO ICMS	ALÍQUOTA 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 Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:54
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000092244565901046483240000108310

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 72.003

DATA DE VENCIMENTO 22/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/07/2020

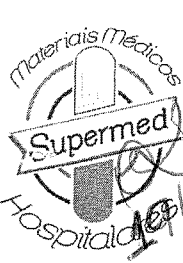
VALOR DO DOCUMENTO 1.083,10

VALOR COBRADO 1.083,10

=====

NR.AUTENTICACAO 2.503.7B2.C10.414.A50

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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 445991
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3120 0611 2060 9900 0107 5500 1000 4459 9110 0069 3369

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203714225663 17/06/2020 19:27:48

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
17/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA EM SAÍDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/07/2020 1.083,10

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.083,10	52,80	0,00	0,00	1.083,10
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.083,10

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
22392	SONDA END.PVC N.8,5 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 18605 (1)08/23 (Fornecedor: 7960, Lote: 18605, Qtde: 1, Data Fab: 10/08/2018, Data Val: 09/08/2023)	90183929	000	6108	CX	1	44,2100	44,21	44,21	5,31		12,00	
28821	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-DEJAMARO LT 20DM225820 (5)05/23 (Fornecedor: 2490, Lote: 20DM225820, Qtde: 5, Data Fab: 04/0- 6/2020, Data Val: 27/05/2023)	63079010	000	6108	PCT	5	14,8400	74,20	74,20	8,90		12,00	
13142	AVENTAL DESC.ESPECIAL ML BR.C/PUNHO C/1- 0-DESCARPACK LT SAEFAA0106 (20)10/24 (Fornecedor: 918, Lote: SAEFAA0106, Qtde: 20, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/ 2024)	62101000	200	6108	PCT	20	48,2345	964,69	964,69	38,59		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 MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017A/C LAIS# R 41 B 2..
ITEM 3 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 142,16
Pedido: 414179
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do
RICMS/MG
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,08

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/06/2020
ASS. Rauls

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

Identificação do emite

Rioclarensense

COMERCIAL CIRURGICA-RIOCLARENSE LTDA

PC: 16110-000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA/SP
CEP: 13916-000 - 139225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1310344

FL 1 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3103 4418 0086 6689

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200494771923 17/06/2020 20:02:04

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

17/06/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

17/06/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1310344/1	22/07/2020	1.200,75						

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
1.200,75	216,14	0,00	0,00	1.200,75
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.200,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,00003	1,417	1,417

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
030330	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA910 Q: 10,0000 F: 28/02/19 V: 30/01/2021	30049099	200	5102	SE	10,00	16,44	164,40	164,40	29,59	0,00	18,00	0,00
031377	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A124 06C Q: 20,0000 F: 22/06/19 V: 30/05/2021	30049099	200	5102	SE	20,00	21,09	421,80	421,80	75,93	0,00	18,00	0,00
031378	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (CRISTALIA) L: A122 06P Q: 12,0000 F: 19/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	12,00	30,45	365,40	365,40	65,78	0,00	18,00	0,00
011763	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19120260 Q: 10,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021	30049043	000	5102	TB	10,00	3,52	35,20	35,20	6,34	0,00	18,00	0,00
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 0420 Q: 1,0000 F: 01/04/20 V: 01/04/2025	52030000	000	5102	RO	1,00	10,4048	10,40	10,40	1,87	0,00	18,00	0,00
024097	BOLSA P/COLOSTOMIA 50MM (MARKMED) L: 14336 Q: 10,0000 F: 30/10/19 V: 30/10/2024	30069110	000	5102	PC	10,00	0,411	4,11	4,11	0,74	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290494 Q: 200,0000 F: 16/10/19 V: 15/10/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,522	104,40	104,40	18,79	0,00	18,00	0,00
030823	COMPRESSA DE GAZE 11F 5DOB 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 20 05 Q: 3.000,0000 F: 01/05/20 V: 30/05/2025	30059090	000	5102	PC	3.000,00	0,0281	84,30	84,30	15,17	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. CONVENIO 0107/2017 - A/C LAIS (18) 99143-9531 DATA ENTREGA: 18/06/2020 Pedido: 1644131 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1644131 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** 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 Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVA DO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 19/06/2020
ASS. *João*

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

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

1

Nº. 1310344 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3103 4418 0086 6689

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200494771923 17/06/2020 20:02:04

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
028659	APARELHO DE BARBEAR (MAXICOR) L: 190808 Q: 20,0 000 V: 10/08/2024	82121020	200	5102	PC	20,00	0,537	10,74	10,74	1,93	0,00	18,00	0,00

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:22:54
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000092244568301046983240000056500

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 72.005

DATA DE VENCIMENTO 22/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/07/2020

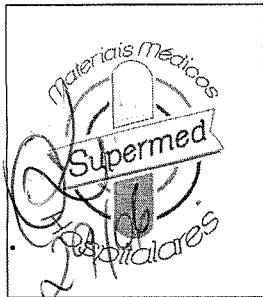
VALOR DO DOCUMENTO 565,00

VALOR COBRADO 565,00

=====

NR.AUTENTICACAO 5.3A8.0C0.172.EF3.FA1

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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
- ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 447818
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3120 0611 2060 9900 0107 5500 1000 4478 1810 0070 6480

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203722372995 24/06/2020 16:05:37

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
24/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
24 JUN 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 22/07/2020 565,00

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
565,00	63,56	0,00	0,00	565,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				565,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1

CAIXA

1,26

1,26

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
6713	DEXAMETASONA 4MG 50AMP 2,5ML GEN-HYPOFARMA LT 19080789 (4)08/21 (Fornecedor: 131, Lote: 19080789, Qtde: 4, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2021)	30043290	000	6108	CX	4	128,0000	512,00	512,00	61,44		12,00	
28432	AVENTAL DESC.ML C/PUNHO BR.20G C/10-PO-LARFIX LT 36132 (1)02/25 (Fornecedor: 199-52, Lote: 36132, Qtde: 1, Data Fab: 04/02/2020, Data Val: 04/02/2025)	62101000	300	6108	PCT	1	53,0000	53,00	53,00	2,12		4,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

R 41 3....

ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal.

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 38,14

Pedido: 415997

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

COMERCIAL

Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 222 do

RICMS/MG

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,01

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/06/2020
ASS. *10aus*

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:54
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100818496176983250000049283

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 72.006

NOSSO NUMERO 17115360000818496

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 23/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 492,83

VALOR COBRADO 492,83

=====

NR.AUTENTICACAO A.45B.87E.3C3.392.DF8

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 - JARDIM ARIANO CEP: 13125-771 - 19352-5800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1312577 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3125 7711 8242 3997 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200513401529 23/06/2020 16:58:49	
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 67.729.178/0004-91	

DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02		DATA DA EMISSÃO 23/06/2020	
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400	
MUNICÍPIO LINS		FONE / FAX 1836591243		UF SP	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA	

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1312577/1	23/07/2020	492,83						

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	
		492,83		88,71		0,00		0,00		492,83	
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		492,83	

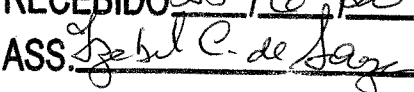
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEICULO		UF		CNPJ	
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260		MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO						SP		15.066.184/0001-60	
QUANTIDADE 3,00		ESPECIE VOLUME(S)		MARCA		NUMERO 0,04456		PESO BRUTO 12,826		PESO LÍQUIDO 12,826	

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
031491	ALCOOL GEL 70% 440G (CALLAMARYS) L: 74200904 Q: 12,0000 F: 01/04/20 V: 30/04/2022	38089429	000	5102	FR	12,00	6,6729	80,07	80,07	14,41	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290499 Q: 200,0000 F: 05/11/19 V: 04/11/2021	38220090	700	5102	TI	200,00	0,59	118,00	118,00	21,24	0,00	18,00	0,00
030142	LUVA CIRURGICA ESTERIL 7,5 (LATEX SAO ROQUE) L: 15 0203 Q: 200,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2023	40151100	000	5102	PR	200,00	1,4738	294,76	294,76	53,06	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090195 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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: 4637450001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 24/06/2020 Pedido: 1649026 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1649026 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL		RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 25/06/20 ASS. Dr. Izabel C. de Souza	
--	--	---	--

Identificação do emitente  COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA R. MILITON MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JARDIM ARIANO - SP CNPJ 139.139.074 - 1935225800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1312493 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3124 9312 5507 8460 Corisulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200513175695 23/06/2020 16:17:22													
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO		CNPJ 67.729.178/0004-91											
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 MUNICÍPIO LINS				BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO CEP 16400-400		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 DATA DA EMISSÃO 23/06/2020 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 23/06/2020 HORA DE SAÍDA											
FONE / FAX 1836591243		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL													
FATURA/DUPLICATA																	
FATURA/DUPLIC.		VENCIMENTO		VALOR		FATURA/DUPLIC.		VENCIMENTO		VALOR							
1312493/1		23/07/2020		1.516,83													
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									
1.516,83		273,03		0,00		0,00		1.516,83									
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		1.516,83							
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS																	
NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.				FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEICULO		UF							
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260				MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO				UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114							
QUANTIDADE 1,00		ESPÉCIE VOLUME(S)		MARCA		NUMERO 0,00000		PESO BRUTO 0,975		PESO LÍQUIDO 0,975							
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS																	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO				NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPÍ	
021280	DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML (SANTISA) L: 11513220 Q: 100,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2022				30039099	000	5102	AP	100,00	0,5527	55,27	55,27	9,95	0,00	18,00	0,00	
031377	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A124 06C Q: 30,0000 F: 22/06/19 V: 31/05/2021				30049099	200	5102	SE	30,00	20,8794	626,38	626,38	112,75	0,00	18,00	0,00	
031378	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (CRISTALIA) L: A122 06P Q: 20,0000 F: 19/06/19 V: 31/05/2021				30049099	200	5102	SE	20,00	30,705	614,10	614,10	110,54	0,00	18,00	0,00	
020873	METILPREDNISOLONA 40MG/ML, ACETATO (UNIAO QUIMI CA) L: 1939897 Q: 15,0000 F: 04/10/19 V: 31/10/2021				30043290	000	5102	FA	15,00	14,7384	221,08	221,08	39,79	0,00	18,00	0,00	
Convenio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090186 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio																	
CÁLCULO DO ISSQN																	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL				VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS				BASE DE CÁLCULO DO ISSQN				VALOR DO ISSQN					
550516029				0,00				0,00				0,00					
DADOS ADICIONAIS																	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 24/06/2020 Pedido: 1648993 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1648993 *** 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 Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL										RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 25/06/20 ASS. 							

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:54
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615069344253359700002034312183250000212075

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	72.008
NOSSO NUMERO	6150934425
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	23/07/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/07/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.120,75
VALOR COBRADO	2.120,75

=====

NR.AUTENTICACAO B.49D.9CD.AC5.A64.EC9

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 71415
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0604 0278 9400 0750 5500 1000 0714 1510 0050 5734

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.ADJ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200514124495 23/06/2020 21:17:51

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

23/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
23/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:57

FATURA / DUPLICATA

001 23/07/2020 2.120,75

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.120,75	VALOR DO ICMS 322,29	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.120,75
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 2.120,75

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 4,00	PESO LÍQUIDO 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
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	
23695	ACEFILCISTEINA 600MG C/16 GEN-EMS (Lote: 1M7256, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2022, Data Fab: 01/02/2020)	30049059	500	5102	CX	1	10,7500	10,75	10,75	1,29		12,00	
11265	AMPLOSPEC IV 1G C/50F/A-BIOCHIMICO (Lote: 008970, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2023, Data Fab: 01/05/2020)	30042059	000	5102	CX	1	850,0000	850,00	850,00	153,00		18,00	
26473	HEMOFOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 20030933, Qtde: 2, Dt Val: 31/0-3/2022, Data Fab: 01/03/2020)	30049099	000	5102	CX	2	140,0000	280,00	280,00	50,40		18,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PB0559, Qtde: 1, Dt Val: 28/0-2/2022, Data Fab: 01/02/2020)	30041019	000	5102	CX	1	680,0000	680,00	680,00	81,60		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 Brandão" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
CCNFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI ALMOXERIFADO AC LAIS CONVENIO 0107/2017
ITENS 2,5 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 Aliq. 12% conf. art. 54inciso XV da alinea "D"do RICMS/SP
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 2 a 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS.CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 322,29, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 322,29
Pedido: 80903
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 24/06/2020
ASS. MAURO CHIAVELI

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:54
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100814469177183260000236039

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 72.009

NOSSO NUMERO 17115360000814469

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 24/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 20/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.360,39

VALOR COBRADO 2.360,39

=====

NR.AUTENTICACAO 4.93B.1D9.134.030.5F0

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
C/EMILIO MARCONATO 000 - NUCLEO RESIDENCIAL, DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARUNA - SP
CNPJ 139.607.113/0001-00

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1307298 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3520 9667 7291 7800 0491 5500 1901 3072 9815 2675 4436

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200469171098 09/06/2020 18:57:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

09/06/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

09/06/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

1307298/1

24/07/2020

2.360,39

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

2.360,39

VALOR DO ICMS

407,23

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.360,39

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

VALOR DO DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2.360,39

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

2,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,01583

PESO BRUTO

3,212

PESO LÍQUIDO

3,212

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 20030933 Q: 100,0000 F: 30/03/20 V: 30/03/2022	30049099	000	5102	AP	100,00	5,2866	528,66	528,66	95,16	0,00	18,00	0,00
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOQUÍMICO) L: 008941 Q: 50,000 0 F: 15/04/20 V: 31/03/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D 1500846756	30042059	500	5102	FA	50,00	14,8896	744,48	744,48	134,01	0,00	18,00	0,00
028467	CLORPROMAZINA 25MG/5ML, CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 20020551 Q: 10,0000 F: 28/02/20 V: 28/02/2023 *** Portaria 344/98 C1	30049079	000	5102	AP	10,00	1,7622	17,62	17,62	3,17	0,00	18,00	0,00
028041	SULFATO DE POLIMIXINA B 500.000UI (MYLAN/HALLER) L: J08087 Q: 25,0000 F: 30/05/19 V: 30/05/2021	30042079	200	5102	FA	25,00	31,02	775,50	775,50	139,59	0,00	18,00	0,00
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTON) L: 9330458 Q: 100,0000 F: 30/12/19 V: 31/12/2021	90183119	200	5102	PC	100,00	2,9413	294,13	294,13	35,30	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

550516029

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

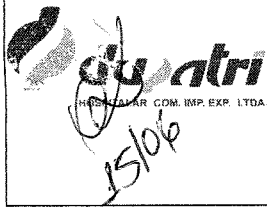
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 10/06/2020 Pedido: 1636782 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1636782 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XV, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 10/06/20
ASS. MAURO CHAUUELI



**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 67663
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0604 0278 9400 0750 5500 1000 0676 6310 0045 5836

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
135200469350006 09/06/2020 20:19:02

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
09/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
09/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:14

FATURA / DUPLICATA

001 24/07/2020 406,05

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	406,05	VALOR DO ICMS	62,42	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	406,05
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	406,05

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 6,00	PESO LÍQUIDO 6,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 2000787, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049045	000	5102	CX	1	47,9000	47,90	47,90	5,75		12,00	
37577	BUTILESCOPOLAMINA 20MG 100/1ML GEN - FARMACE (Lote: HS20E018, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30039099	000	5102	CX	1	130,0000	130,00	130,00	15,60		12,00	
26594	INSUNORM R 100UI C/1FA X 10ML (I) - ASPEN GEL GELADEIRA (Lote: BF1900583-8, Qtde: 2, Dt Val: 31/12/2021 ,Data Fab: 01/01/2020)	30043100	300	5102	AMP	2	19,7000	39,40	39,40	7,09		18,00	
36908	COMP.GAZET,5X7,5 EST. 13F CX 600/10 - LETI (Lote: 185, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2025 ,Data Fab: 01/03/2020)	30059090	000	5102	CX	1	188,7500	188,75	188,75	33,98		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
RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
REFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da
nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITEM 1 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 4
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 76,73, Federal, R\$ 14,31, Estadual, R\$ 62,42
Pedido: 76650
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 10/06/20
ASS. MARCO CHIAURU

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:59
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190614986681843359200002034312283260000086423

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	72.011
NOSSO NUMERO	6149668184
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	24/07/2020
DATA DO PAGAMENTO	20/07/2020
VALOR DO DOCUMENTO	864,23
VALOR COBRADO	864,23

=====

NR.AUTENTICACAO	4.74A.73C.D6D.882.79E
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1101831
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1018 3110 0063 5363

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203184042061 09/06/2020 16:26:54

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
09/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
09/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
16:09

FATURA / DUPLICATA

001 24/07/2020 864,23

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
799,95		57,71	0,00		0,00	864,23
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	864,23

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO		FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AV. JOSÉ SEVERINO, 3530		MUNICÍPIO CATALÃO			UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1	CAIXAS			3,00	3,00	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
37723	MEROPENEM IV 1G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: MI0119102A, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2021, Data Fab: 01/11/2019)	30042099	200	6108	CX	2	209,9900	419,98	419,98	16,80		4,00	
49666	MASCARA TECIDO PFF2 8801 C/20-3M NOVO DESIGN (Lote: I201412, Qtde: 2, Dt Val: 20/05/2023, Data Fab: 20/05/2020)	63079010	020	6108	PCT	2	140,0000	280,00	233,32	28,00		12,00	
33684	LANCETA SEGURANCA 28G C/100 - CRAL REF LAN28GNV (Lote: 1903135402, Qtde: 3, Dt Val: 30/04/2022, Data Fab: 01/04/2019)	90183999	200	6108	CX	3	19,5500	58,65	58,65	2,35		4,00	
35768	FITA ONCALL PLUS C/50- MEDLEVENSOHN (Lote: 1290502, Qtde: 1, Dt Val: 01/11/2021, Data Fab: 02/11/2019; Lote: 1290509, Qtde: 1, Dt Val: 07/11/2021, Data Fab: 08/11/2019; Lote: 1290511, Qtde: 2, Dt Val: 06/11/2021, Data Fab: 07/11/2019)	38220090	720	6108	CX	4	26,4000	105,60	88,00	10,56		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585, Mirandópolis Colocar nos dados adicionais da nota : UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017
ITENS 2,4 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITENS 1,3 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013
ITENS 2,4
ITEM 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITENS 2 a 4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 3 e 4
ITEM 3 e 4
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 64,95
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 89,81, Federal, R\$ 32,10, Estadual, R\$ 57,71
Pedido: 1177926
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 10/06/20
ASS. MAURO CUBAUELI

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.54
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
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	06/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/07/2020
VALOR DO INSS	4.480,64
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.480,64

=====

DOCUMENTO: 072012
AUTENTICACAO SISBB: 4.9DE.457.82C.A29.A9A

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.54
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
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	06/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	20/07/2020
VALOR DO INSS	4.480,64
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	4.480,64

=====

DOCUMENTO: 072012
AUTENTICACAO SISBB: 4.9DE.457.82C.A29.A9A

***** VIA CONTRIBUINTE *****

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

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	06/2020
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	4.480,64
		7 -	
		8 -	
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	
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.		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	4.480,64
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

1ª Via - INSS - 2ª Via CONTRIBUINTE

 MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - MPS INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS SECRETARIA DA RECEITA PREVIDENCIÁRIA - SRP GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - GPS		3 - CÓDIGO DE PAGAMENTO	2305
		4 - COMPETÊNCIA	06/2020
		5 - IDENTIFICADOR	45.349.461/0008-89
1 - NOME OU RAZÃO SOCIAL / FONE / ENDEREÇO CNPJ 45.349.461/0008-89 ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 SALA 08 JARDIM ARIANO LINS SP CEP 16400-400		6 - VALOR DO INSS	4.480,64
		7 -	
		8 -	
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	
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.		9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	4.480,64
AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA			

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

20/07/20
 Mina

PJ: 45.349.461/0008-89
tulo: Folha Mensal
npetência: 06/2020

Emissão: 17/07/2020
Horas: 18:20:30

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Idigo	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor	
EMPREGADOS								
2329	ALCIONE BOGAZ	1.891,33	0,00	0,00	0,00	8,17	154,53	
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	3.125,31	0,00	0,00	0,00	9,49	296,66	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.276,36	0,00	0,00	0,00	9,69	317,62	
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.810,01	0,00	0,00	0,00	8,13	147,22	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.910,37	0,00	0,00	0,00	8,18	156,25	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.964,22	0,00	0,00	0,00	9,36	277,33	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.943,91	0,00	0,00	0,00	9,34	274,89	
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.776,77	0,00	0,00	0,00	8,15	144,22	
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.607,50	0,00	0,00	803,36	8,02	128,99	
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.871,02	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.556,47	0,00	0,00	0,00	7,99	124,40	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88	
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.889,94	0,00	0,00	0,00	8,17	154,41	
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	1.627,04	0,00	0,00	0,00	8,04	130,75	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.435,65	0,00	0,00	0,00	7,91	113,52	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.417,82	0,00	0,00	0,00	7,89	111,92	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.891,33	0,00	0,00	0,00	8,17	154,53	
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2771	LAIS MARANI SILVA	3.257,41	0,00	0,00	0,00	9,67	314,97	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.810,01	0,00	0,00	0,00	8,13	147,22	
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	1.485,71	0,00	0,00	0,00	7,94	118,03	
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	2.993,82	0,00	0,00	1.479,80	9,45	280,88	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.869,33	0,00	0,00	0,00	8,16	152,55	
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	3.001,29	0,00	0,00	0,00	9,39	281,78	
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.677,78	0,00	0,00	0,00	8,07	135,32	
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.848,64	0,00	0,00	0,00	8,15	150,69	
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	1.606,72	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
Empregados:		39	Total:	78.406,43	0,00	0,00	2.283,16	6.763,80
Contribuintes:		0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:		39	Total:	78.406,43	0,00	0,00	2.283,16	6.763,80

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
al	78.406,43	0,00	6.763,80	0,00	0,00	0,00	2.283,16	0,00	4.480,64

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.54
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 85660000006 66960064020

21453494610 00105610182

DATA DO PAGAMENTO 20/07/2020

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 666,96

DOCUMENTO: 072013

AUTENTICACAO SISBB: 7.ED0.464.66C.270.FCE

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

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL 16 3374-8438	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2020
	07 VALOR DO PRINCIPAL	666,96
DARF IRRF 06 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/07/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	666,96

85660000006-6 66960064020-7 21453494610-5 00105610182-5

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEFICENTE DO BRASIL 16 3374-8438	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2020
	07 VALOR DO PRINCIPAL	666,96
DARF IRRF 06 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 20/07/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.57.69.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	666,96

85660000006-6 66960064020-7 21453494610-5 00105610182-5

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. Osvaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

do 107/20
 Miro

CPF: 45.349.461/0008-89
Período: 01/06/2020 a 30/06/2020

Emissão: 17/07/2020
Horas: 18:29:37

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Idioma	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/06/2020 a 30/06/2020									
REGADOS									
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 05/20	3.271,91	317,00	379,18	2	7,50	142,80	50,38
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 05/20	3.199,03	306,79	0,00	0	15,00	354,80	79,04
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 05/20	2.757,41	252,51	189,59	1	7,50	142,80	30,85
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 05/20	2.831,55	261,41	0,00	0	7,50	142,80	49,96
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 05/20	3.257,41	314,97	189,59	1	7,50	142,80	63,66
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 05/20	2.959,59	276,77	0,00	0	7,50	142,80	58,41
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 05/20	2.757,41	252,51	0,00	0	7,50	142,80	45,07
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 05/20	4.620,04	505,73	0,00	0	22,50	636,13	289,59

Total: 25.654,35 2.487,69 666,96

Regados: 8 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 25.654,35 2.487,69 758,36 666,96

Resumo Geral:

Regados: 8 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 25.654,35 2.487,69 758,36 666,96

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	05/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 05/2020	0,00	29.900,85	0,00	29.900,85	0,00
0588	Mensal 05/2020	0,00	1.407,58	0,00	1.407,58	0,00
Totalizador			31.308,43	0,00	31.308,43	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
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.54
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

85620000016 37330064020

21453494610 00117080182

DATA DO PAGAMENTO

20/07/2020

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

1.637,33

DOCUMENTO: 072014

AUTENTICACAO SISBB:

F.57D.B5D.976.BA7.DF3

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.637,33
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/07/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.637,33
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.70.6643 16/07/2020 10:05:42	

85620000016-9 37330064020-9 21453494610-5 00117080182-1



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	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.637,33
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/07/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.637,33
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.70.6643 16/07/2020 10:05:42	

85620000016-9 37330064020-9 21453494610-5 00117080182-1



Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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
30/05/2020	46874	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 1.755,52	R\$ -	R\$ 26,33	R\$ 81,63		R\$ 107,96	R\$ 1.647,56
22/06/2020	295	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R\$ 107.400,00	R\$ -	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10		R\$ 6.605,10	R\$ 100.794,90
		Thomson Reuters Brasil Conteudo		R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 109.155,52	R\$ -	R\$ 1.637,33	R\$ 5.075,73	R\$ -	R\$ 6.713,06	R\$ 102.442,46

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
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.54
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	85630000050 75730064020
	21453494610 00159520182
DATA DO PAGAMENTO	20/07/2020
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	5.075,73

DOCUMENTO: 072015
AUTENTICACAO SISBB: B.C88.53C.4CC.0E9.C51

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

Mina

RCC

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	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.075,73
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/07/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	5.075,73
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.70.6643 16/07/2020 10:28:20	

85630000050-7 75730064020-3 21453494610-5 00159520182-1



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	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	30/06/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/07/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.075,73
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/07/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	5.075,73
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.70.6643 16/07/2020 10:28:20	

85630000050-7 75730064020-3 21453494610-5 00159520182-1



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

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

20/07/2020
 Mina

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	BC	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
30/05/2020	46874	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 1.755,52	R\$ -	R\$ 26,33	R\$ 81,63		R\$ 107,96	R\$ 1.647,56
22/06/2020	295	Winter - Gestão e Consultoria Médica	R\$ 107.400,00	R\$ -	R\$ 1.611,00	R\$ 4.994,10		R\$ 6.605,10	R\$ 100.794,90
		Thomson Reuters Brasil Conteudo		R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 109.155,52	R\$ -	R\$ 1.637,33	R\$ 5.075,73	R\$ -	R\$ 6.713,06	R\$ 102.442,46

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
09/08/2020 - AUTOATENDIMENTO - 18.32.55
6790306790 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 100.794,90

DEBITO EM: 20/07/2020

=====

DOCUMENTO: 072016

AUTENTICACAO SISBB: 8.852.CC9.1D5.859.5D5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 311			
Data e Hora da Emissão		20/07/2020 09:40:41		Competência		20/7/2020		Código de Verificação	
Número do RPS				No. da NFS-e substituída				Local da Prestação	
								HHLU8NO46	
								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 Junho de 2020									
Código do Serviço / Atividade									
7490199 / 17.24 - Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente									
Detalhamento Específico da Construção Civil									
Código da Obra						Código ART			
Tributos Federais									
PIS (R\$)	698,10	COFINS (R\$)	3.222,00	IR (R\$)	1.611,00	INSS (R\$)		CSLL (R\$)	1.074,00
Detalhamento de Valores - Prestador do Serviço			Outras Informações		Cálculo do ISSQN devido no Município				
Valor do Serviço R\$	107.400,00		Natureza Operação		Valor do Serviço R\$		107.400,00		
(-) Desconto Incondicionado	0,00		1-Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em Lei		0,00		
(-) Desconto Condicionado	0,00		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado		0,00		
(-) Retenções Federais	6.605,10		0-Nenhum		Base de Cálculo		107.400,00		
(-) Outras Retenções	0,00		Opção Simples Nacional		(x) Alíquota %		2,00		
(-) ISSQN Retido	0,00		2 - Não		ISSQN a Reter		() Sim (X) Não		
(=) Valor Líquido R\$	100.794,90		Incentivador Cultural		(=) Valor do ISSQN R\$		2.148,00		
				2-Não					
Avisos		1- Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador do Serviço. 2- A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, http://SaoCarlos.ginfes.com.br com a utilização do Código de Verificação.							

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

20/07/2020
 [Assinatura]

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:55
679006790 0000

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-0

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029018200000170000107709983290000000000

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	72.701
DATA DE VENCIMENTO	27/07/2020
DATA DO PAGAMENTO	27/07/2020
VALOR DO DOCUMENTO	680,00
VALOR COBRADO	680,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.28B.997.087.214.F7C

RECEBEMOS DE BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISC		VALOR NOTA R\$ 680,00	NF-e Nº: 000.122.795 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL	

 BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PRODUTOS MEDICO-CIRURGICOS LTDA Av. Amador Aguiar, 1500 - City Jaraguá - São Paulo - SP CEP: 02998-020 Tel. (011) 3944-5555 www.biomedical.ind.br www.cateter.com.br	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída Nº 000.122.795 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	
		CHAVE DE ACESSO 3520 0651 9436 4500 0107 5500 1000 1227 9510 0464 0322 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200524950987 - 26/06/2020 15:15:02
INSCRIÇÃO ESTADUAL 110883564111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 51.943.645/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 26/06/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 26/06/2020
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 15:15:23

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	27/07/2020	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,980	PESO LIQUIDO 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	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 35725 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 Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 97432 - 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 OI TAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PEL O CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 30/06/20 ASS. MAURO CMIAUELI
--	--

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:55
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 311-9

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100820732170583300000233315

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 72.702

NOSSO NUMERO 17115360000820732

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 28/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 27/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.333,15

VALOR COBRADO 2.333,15

=====

NR.AUTENTICACAO F.949.E7E.9A3.9C0.A69

Identificação do emitente

Ricclareense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA 1
1 - SAÍDA
Nº. 1315649 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3520 0667 7291 7800 0491 5500 1001 3156 4911 7644 9968

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200537179006 30/06/2020 19:45:24

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

MUNICÍPIO

LINS

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DA EMISSÃO

30/06/2020

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

30/06/2020

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

1315649/1

28/07/2020

2.333,15

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

419,97

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.333,15

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

VALOR DO DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

2.333,15

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

ENDEREÇO

R MARIA CERON VCLPE 2260

QUANTIDADE

2,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

SAO JOSE DO RIO PRETO

NÚMERO

0,00875

PLACA DO VEÍCULO

UF

SP

CNPJ

15.066.184/0001-60

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

PESO BRUTO

6,264

PESO LÍQUIDO

6,264

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
031376	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (CRISTALIA) L: A123 06A2 Q: 20,0000 F: 21/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	20,00	16,58	331,60	331,60	59,69	0,00	18,00	0,00
031378	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (CRISTALIA) L: A122 06P Q: 20,0000 F: 19/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	20,00	30,70	614,00	614,00	110,52	0,00	18,00	0,00
011763	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19120260 Q: 10,0000 F: 30/12/19 V: 30/12/2021	30049043	000	5102	TB	10,00	4,913	49,13	49,13	8,84	0,00	18,00	0,00
027260	CLORETO DE POTASSIO 19,1% (FARMACE) L: 20D8407C Q: 200,0000 F: 30/04/20 V: 30/04/2022	30039099	000	5102	AP	200,00	0,276	55,20	55,20	9,94	0,00	18,00	0,00
024590	POLIESTIRENOSSULFONATO DE CALCIO 900MG (EUROFA RMA) L: 665968A Q: 60,0000 F: 02/03/20 V: 01/03/2022	30049099	000	5102	EN	60,00	20,55	1.233,00	1.233,00	221,94	0,00	18,00	0,00
031049	MONITOR (MEDLEVENSOHN) L: 12360381 Q: 1,0000 F: 16/01/19 V: 15/01/2021	90278099	200	5102	PC	1,00	9,40	9,40	9,40	1,69	0,00	18,00	0,00
006178	METADONA 5MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19110100 Q: 60,0000 F: 01/11/19 V: 01/11/2021 *** Portaria 344/98 A1	30049039	000	5102	CP	60,00	0,6804	40,82	40,82	7,35	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

550516029

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

VALOR DO ISSQN

0,00

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 01/07/2020 Pedido: 1655310 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1655310 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclaresense.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 Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 01/07/2020
ASS. *[Assinatura]*

Mirandópolis

	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000020179 CENTERMAQ	ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO Nome / Carimbo / Assinatura	RG: Data do Recebimento:

	CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA RUA MARTIN WESTPHAL, 220 17539-006 MARILIA / SP 62.771.316/0001-34		14-3311-7888 contato@centermaq.com I.E: 438.076.337.119		NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000020179 Data Emissão 16/07/2020

Nº Fatura 000020179	Valor R\$ 280,62	Vencimento 30/07/2020
------------------------	---------------------	--------------------------

Pagador ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

Endereço AV JOSE A RODRIGUES	303
---------------------------------	-----

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

Endereço de cobrança e praça de pagamento

Valor por extenso DUZENTOS E OITENTA REAIS E SESSENTA E DOIS CENTAVOS
--

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/06/2020 A 16/07/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414 COM EXCEDENTE DE 1677 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 100,62	1	280,62		280,62
Valor total da nota R\$			0,00	280,62

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

	001-9	00190.00009 02248.717007 00022.580179 1 83320000028062
--	-------	--

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO	Vencimento 30/07/2020
--	--------------------------

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 16/07/2020	Número do Documento 000020179/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 16/07/2020	Nosso Número 22487170000022580
---------------------------------	------------------------------------	--------------------	-------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Uso do Banco	Carteira 17	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 280,62
--------------	----------------	--------------	------------	-------	------------------------------------

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 30/07/2020	(-) 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 22487170000022580
--	--

Pagador/Avalista	Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação
------------------	--



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

08/07/2020
211

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:02:55
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615145891433359400002034312883320000054665

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 72.802

NOSSO NUMERO 6151589143

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 30/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 28/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 546,65

VALOR COBRADO 546,65

=====

NR.AUTENTICACAO F.6A0.271.7A5.392.DE2



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1106325
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1063 2510 0057 8287

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203232978113 30/06/2020 20:18:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.444.430-4

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
809.010.530.117

CNPJ

04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

30/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

30/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
20:17

FATURA / DUPLICATA

001 30/07/2020 546,65

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
455,52	54,66	0,00	0,00	546,65
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				546,65

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO (90)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 04027894000326
ENDEREÇO AV. JOSÉ SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALÃO	UF GO			INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 0,95	PESO LÍQUIDO 0,95

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
35968	OPRAZON 40MG 20/10ML.DIL.- BLAU (Lote: 20-040606, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2022 ,Data Fab: 01/03/2020)	30049069	520	6108	CX	1	536,6500	536,65	447,19	53,66		12,00	
33995	ALGODAO HIDROF.500GR - CREMER (Lote: 3671-82007, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2025 ,Data Fab: 01/02/2020)	30059090	020	6108	RL	1	10,0000	10,00	8,33	1,00		12,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090195 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANÓPOLIS CONVENIO 0107/2017 AC LAIS
ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 2
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 e 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1 e 2
ITEM 1 e 2
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 32,80
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 55,49, Federal, R\$ 0,83, Estadual, R\$ 54,66
Pedido: 1182915
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho....: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 01/07/2020

ASS.

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:58
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399862915103300000406094701015483330000255200

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 72.803

DATA DE VENCIMENTO 31/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 28/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.552,00

VALOR COBRADO 2.552,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.7F2.F3D.DF9.4A9.987

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:59
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000092275231401045683330000184270

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 72.804

DATA DE VENCIMENTO 31/07/2020

DATA DO PAGAMENTO 28/07/2020

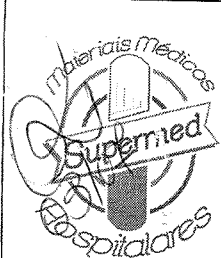
VALOR DO DOCUMENTO 1.842,70

VALOR COBRADO 1.842,70

=====

NR.AUTENTICACAO 1.875.E22.BE5.AE4.EF3

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: 13.430.350, Fone: 0000-0000-0000

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA **1**

Nº 94784
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0947 8410 0006 9642

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200541438619 01/07/2020 18:49:54

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INS. 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

01/07/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

01 JUL 2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 31/07/2020 1.842,70

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.791,17

VALOR DO ICMS

288,74

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.842,70

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

1.842,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO

RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO

SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

13

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

55,10

PESO LÍQUIDO

55,10

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 1926N4 (2) 05/2022 (Fornecedor: 7737, Lote: 1926N4, Qtde: 2, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	90183219	400	5102	CX	2	5,9150	11,83	11,83	1,42		12,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 15/04 (3) 04/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 15/0-4, Qtde: 3, Data Fab: 06/04/2020, Data Val: 06/04/2025)	90211020	040	5102	DZ	3	5,9400	17,82					
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE-CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0002 (2) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0002, Qtde: 2, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/07/-2024)	39269030	500	5102	CX	2	14,5000	29,00	29,00	5,22		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	
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (100) 11/2022 (Fornecedor: 142, Lote: 20171110, Qtde: 100, Data Fab: 10/1-1/2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	100	0,7796	77,96	77,96	14,03		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V2R7V11|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . .

Pedido: 94893

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

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

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,36

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196. - Hospital Estadual

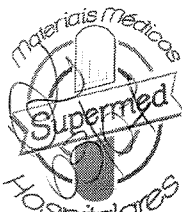
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 03/07/2020

ASS. *[Assinatura]*



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

Avenida Tower Automotive - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 94784
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0947 8410 0006 9642

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. Ado de Terc.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200541438619 01/07/2020 18:49:54

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 (4) 06/2021 (Fornecedor: 208-0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 4, Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	4	12,9575	51,83	51,83	9,33		18,00	
16233	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FIL.ESCA-LON-MEDS LT 55076 (40) 05/2024 (Fornecedor: 9657, Lote: 55076, Qtde: 40, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2024)	90189010	000	5102	PC	40	0,9660	38,64	38,64	6,96		18,00	
15513	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 30082019 (1) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 30082019, Qtde: 1, Data Fab: 30/08/2019, Data Val: 30/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	1	22,4500	22,45	22,45	4,04		18,00	
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SRI5-2/19MM (2) 08/2024 (Fornecedor: 1925, Lote: SRI52/19MM, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	40151900	000	5102	CX	2	396,3900	792,78	792,78	142,70		18,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA0006 (1) 04/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0006, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	21,6000	21,60	21,60	3,89		18,00	
27479	COL.PERF.CORT.13LT PARDO C/20-FLEXPELL LT LC2310022C (1) 12/2024 (Fornecedor: 7822, Lote: LC2310022C, Qtde: 1, Data Fab: 12/1-2/2019, Data Val: 12/12/2024)	48191000	000	5102	CX	1	63,7400	63,74	63,74	11,47		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H12 (4) 01/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H12, Qtde: 4, Data Fab: 24/01/2020, Data Val: 31/01/2025)	90183119	200	5102	CX	4	57,9825	231,93	231,93	27,83		12,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1422/19 (3) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1422/19, Qtde: 3, Data Fab: 09/07/2019, Data Val: 05/07/2024)	90183119	000	5102	CX	3	105,8100	317,43	317,43	38,09		12,00	
10449	SONDA FOLEY 2V N.16 5-10CC C/10-SOLIDOR LT 08519043 (1) 04/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 08519043, Qtde: 1, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/2024)	90183921	700	5102	CX	1	28,2400	28,24	28,24	5,08		18,00	
28697	SONDA ENT.12FR AD.120CM C/EST.PC-MARK ME LT 15233 (4) 05/2024 (Fornecedor: 164, Lote: 15233, Qtde: 4, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/05/2024)	90183921	040	5102	PCT	4	8,4275	33,71					
14076	SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 20F10592D (1) 06/2022 (Fornecedor: 238-5, Lote: 20F10592D, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	5102	CX	1	86,0600	86,06	86,06	15,50		18,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
JGE: 090194 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

09/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 18:32:55
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000092275232201048183330000085965

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 72.805

DATA DE VENCIMENTO 31/07/2020

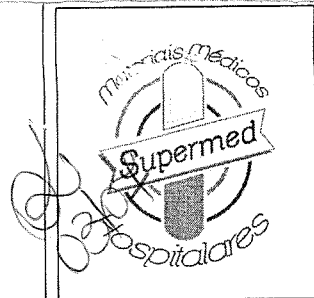
DATA DO PAGAMENTO 28/07/2020

VALOR DO DOCUMENTO 859,65

VALOR COBRADO 859,65

=====

NR.AUTENTICACAO D.470.A8E.680.C77.EE5



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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 449809
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3120 0711 2060 9900 0107 5500 1000 4498 0910 0066 4951

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203731357857 01/07/2020 18:46:56

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO/REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
01/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA EM SAÍDA
01 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 31/07/2020 859,65

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
859,65	40,95	0,00	0,00	859,65
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				859,65

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL
5250929840006

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXA			17,52	17,52

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
20928	ALCOOL 70% 1LT TRANS CX C/12-DESINF-JALLES MACHADO LT 2017370 (1)06/23 (Fornecedor: 1793, Lote: 2017370, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2023)	38089429	000	6108	CX	1	45,7900	45,79	45,79	5,49		12,00	
11929	IONCLOR 60MG/ML SOL.100ML-PRATI DONADUZZI LT 19L255 (6)11/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19L255, Qtde: 6, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 30/11/2021)	30049099	500	6108	FR	6	1,9300	11,58	11,58	1,39		12,00	
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU LT 19020648 (3)12/20 (Fornecedor: 47, Lote: 19020648, Qtde: 3, Data Fab: 01/12/2018, Data Val: 31/12/2020)	30049099	300	6108	CX	3	101,8500	305,55	305,55	12,22		4,00	
9984	TOPCOID GEL 5MG/G 40G-U.QUIMICA LT 2004086 (3)02/23 (Fornecedor: 1390, Lote: 2004086, Qtde: 3, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2023)	30049099	000	6108	TB	3	8,2133	24,64	24,64	2,96		12,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19006739 (2)01/22 (Fornecedor: 58, Lote: BF19006739, Qtde: 2, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2022)	30043100	300	6108	FR	2	19,4800	38,96	38,96	1,56		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R JUNIOR...
ITENS 3,5 a 6 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 113,79
Pedido: 417941
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
Nota Fiscal nº 0107/2017

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 03/07/2020
ASS.

PERECIVEL

URGENTE

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 449809
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0711 2060 9900 0107 5500 1000 4498 0910 0066 4951

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203731357857 01/07/2020 18:46:56

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13142	AVENTAL DESC.ESPECIAL ML BR.C/PUNHO C/1- 0-DESCARPACK LT SAEFAA0106 (10)10/24 (Fornecedor: 918, Lote: SAEFAA0106, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/ 2024)	62101000	200	6108	PCT	10	43,3130	433,13	433,13	17,33		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

31/07/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:18:19
679006790 SEGUNDA VIA 0000
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	31/07/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	471.723,27

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

NR.AUTENTICACAO	4.8FD.287.474.45C.FCC
-----------------	-----------------------

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

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

27/07/2020

Escala

Mirandópolis - UTI

Winter - Gestão e Consultoria Médica

Agosto

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	27/07	28/07	29/07	30/07	31/07	01/08	02/08
Diurno 07:00 19:00						Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00						Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
	03/08	04/08	05/08	06/08	07/08	08/08	09/08
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Tawine Bello 192823	Tawine Bello 192823
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Tawine Bello 192823	Tawine Bello 192823
	10/08	11/08	12/08	13/08	14/08	15/08	16/08
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Paulo Mesquita 155017		Bruna Mello 166864	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017		Bruna Mello 166864	Bruna Mello 166864	Lucas Peron 201072
	17/08	18/08	19/08	20/08	21/08	22/08	23/08
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Carlos Rocha 112846	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
	24/08	25/08	26/08	27/08	28/08	29/08	30/08
Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser 177923	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072	Lucas Peron 201072
	31/08	01/09	02/09	03/09	04/09	05/09	06/09

<https://p45sign.0450067-2176-4307-8541-ec8f0f1b9831> - Para confirmar as assinaturas acesse <https://p45sign.com.br/verificar?wIdentifier=true&printEmployees=true&printFooter=false&printSpecialization=false>
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

1/2

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

27/07/2020

Escala

Diurno 07:00 19:00	Diego Clauser 177923						
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846						

Nome	Identificação	Contato
Bruna Mello	166864	44991057454
Carlos Eduardo Mendonça da Rocha	112846	18996053566
Cleber Brito	166687	14998815151
Nathalia Barreto	155355	18996915767
Diego Clauser Marcon	177923	18981399936
Paulo Mesquita Filho	155017	12981420005
Lucas Peron	201072	34092501030
Tawine Bello	192823	17981902223

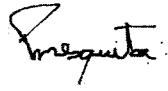
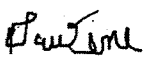
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Escala UTI Mirandópolis 08 2020.pdf

Código do documento 595d3ce7-2176-4207-8541-8c8fdf1b9831



Assinaturas

 ERICO MODENUTI contato@wintermed.com.br Assinou	Erico Modenuti
 Patricia Canzano Antonio canzanopatyl@gmail.com Assinou	Patricia Canzano
 Bruna Raisa Lopes de Mello bru1988@hotmail.com Assinou	
 carlos eduardo mendonça da rocha carlosrocha59@gmail.com Assinou	
 Cleber Brito dr_brito@hotmail.com Assinou	
 Nathalia Especie Barreto Bergamini nathalia_barreto@hotmail.com Assinou	
 Diego Clauser Marçon diegocmster@gmail.com Assinou	
 PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO pfmbfilho@hotmail.com Assinou	
 Lucas Antonio Peron lucasantoniperon@yahoo.com.br Assinou	
 Tawine Guimarães Dal Bello tawinedalbelo@gmail.com Assinou	

Eventos do documento

28 Jul 2020, 09:07:40

Documento número 595d3ce7-2176-4207-8541-8c8fdf1b9831 **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-07-28T09:07:40-03:00

29 Jul 2020, 12:03:47

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-07-29T12:03:47-03:00

29 Jul 2020, 12:04:12

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 200.170.180.129 (200-170-180-129.xf-static.ctbcnetsuper.com.br porta: 2148) - Geolocalização: -22.0245836 -47.893741399999996 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-07-29T12:04:12-03:00

29 Jul 2020, 12:14:46

PATRICIA CANZANO ANTONIO **Assinou** (Conta 8248a232-8855-4f1a-aa94-46debfd2e499) - Email: canzanopatyl@gmail.com - IP: 191.193.232.223 (191-193-232-223.user.vivozap.com.br porta: 59224) - Geolocalização: -23.485205 -46.6958047 - Documento de identificação informado: 330.053.128-44 - DATE_ATOM: 2020-07-29T12:14:46-03:00

29 Jul 2020, 12:52:54

LUCAS ANTONIO PERON **Assinou** (Conta 005e2a31-3c7f-47c4-91e6-947d7b0beae2) - Email: lucasantonioperon@yahoo.com.br - IP: 189.18.196.1 (189-18-196-1.dsl.telesp.net.br porta: 52338) - Documento de identificação informado: 430.614.298-16 - DATE_ATOM: 2020-07-29T12:52:54-03:00

29 Jul 2020, 13:14:53

NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 191.253.3.233 (wlan-191-253-3-233.clickrede.com.br porta: 64724) - Geolocalização: -20.894142446142705 -51.37431353950947 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-07-29T13:14:53-03:00

29 Jul 2020, 15:28:49

TAWINE GUIMARÃES DAL BELLO **Assinou** - Email: tawinedalbello@gmail.com - IP: 189.32.164.15 (bd20a40f.virtua.com.br porta: 53946) - Documento de identificação informado: 412.549.368-58 - DATE_ATOM: 2020-07-29T15:28:49-03:00

29 Jul 2020, 16:46:58

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 179.246.208.21 (179-246-208-21.user.vivozap.com.br porta: 44460) - Geolocalização: -21.672316348181482 -49.75549932725957 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-07-29T16:46:58-03:00

31 Jul 2020, 13:38:14

BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com - IP: 187.119.226.136 (ip-187-119-226-136.user.vivozap.com.br porta: 38606) - Geolocalização: -22.73687702386233 -45.59122923930395 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2020-07-31T13:38:14-03:00

31 Jul 2020, 17:09:15

CARLOS EDUARDO MENDONÇA DA ROCHA **Assinou** (Conta 6a869bb9-bf77-4cb5-ab1b-aea9faa05fde) - Email:



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 agosto de 2020, 13:53:10



carlosrocha59@gmail.com - IP: 187.95.2.37 (wlan-187-95-2-37.clickrede.com.br porta: 49562) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-07-31T17:09:15-03:00

04 Aug 2020, 16:29:00

ASSINATURA PRESENCIAL - DIEGO CLAUSER MARÇON Assinou (Conta 25bba52d-058f-46ca-88b9-12cd635e3bdd) - Email: diegocmster@gmail.com (não verificado) - IP: 189.38.139.218 (189.38.139.218.user.ajato.com.br porta: 34384) - Geolocalização: -23.4852603 -46.6957561 - Documento de identificação informado: 036.916.981-66 - DATE_ATOM: 2020-08-04T16:29:00-03:00

06 Aug 2020, 13:07:39

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: 11606) - Geolocalização: -21.426745378683673 -50.06475050556593 - Documento de identificação informado: 220.571.438-48 - DATE_ATOM: 2020-08-06T13:07:39-03:00

Hash do documento original

(SHA256):6d1ac95094d1ed82f36b97641c23f7855556649c38b1123cd808ed65a493f77

(SHA512):545bd3038f371112964c0325aced2365231abfa01dc14cd3e4cdcbcd6c1077717c53b7213b0476c1d7263d83402d5fe9ea88e784d9b702e5bfc3b864465fb565

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado DEBORA CRISTINA LOCHE	Número Carteira Profissional 30972	Série 00315
--	---------------------------------------	----------------

PERÍODOS

De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 01/05/2020 A 30/05/2020 = 30 Dias	De Abono
---	---	----------

BASE PARA CÁLCULO	PROVENTOS E DESCONTOS
Faltas não justificadas: 00	Férias: 1.619,85 P
Salário Base: 1.191,49	1/3 das Férias: 0,00
Média Horas: 219,36	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: 1.619,85	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 13º 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 Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Dra. Carolina De Nardi Marçal
Pneumologista - CRM 134.784

Convenio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/202
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Sa
UGE: 090196 - Hospital Est
Dr. Oswaldo Brandt Faria de Mi
Tipo de Despesa: Custe

Certificado Médico

Atesto para os devidos fins que
a sra. Natalia Xavier Nascimento
Oliveira deveria permanecer afastada
de suas atividades laborais
por um período de 60
(sessenta) dias, a fim de tra-
tamento médico
HD: F32.4 (C30.40)

Grato,

Dra. Carolina Marçal
CRM SP 134.784 / RQE 51.050
Pneumologista
Especialista em Cirurgia e Neoplasias

17/07/2020

Rua Tiradentes, 930 - Vila Mendonça - CEP 16015-020 - Araçatuba/SP
(18) 3304-1093 / 3304-1099 / (18) 99704-1409 - carolina.marcal@terra.com.br

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

pagina 21 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Referencia	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	06:53	12:09	13:11	19:05	11:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	06:47	14:04	15:07	19:09	11:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	06:52	13:16	14:20	19:08	11:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	06:52	12:11	13:17	19:13	11:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	06:49	12:07	13:18	19:11	11:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 7 folgas/feriados, 19 afastamentos					55:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horario Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ISADORA MORAIS DE CASTRO
23/8/2020
ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário IZABEL CRISTINA DE SOUZA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
 FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Rafoção	Total Nol.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:57	14:27	15:42	19:06	10:54	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	06:56	13:29	14:29	18:56	11:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	06:55	13:22	14:17	19:10	11:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	06:58	13:23	14:18	19:09	11:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	06:58	15:07	16:13	19:11	11:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	06:55	13:46	14:40	19:17	11:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	06:51	10:42	11:42	19:07	11:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	07:03	13:31	14:39	18:57	10:46	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	06:54	13:59	14:41	19:01	11:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	06:55	14:06	15:06	19:02	11:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	06:56	14:26	15:12	19:05	11:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	06:56	11:30	12:37	19:05	11:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	18:53	20:09	21:07	07:04	00:07	00:00	08:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					131:47	00:00	08:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPLENÇÃO A 10 MIN. 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

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
 27/8/20

Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
Departamento UTI MIRANDOPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/06 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 4 folgas/feriados, 27 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIORES A 15 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 Vendrame
CRISTIANE PASCOALETO
VENDRAME

21/08/20

Thais Bonfatti da Silva
Enfermeira
ASS. HOSPITALAR BEN DO
Convênio nº 0167/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF - 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario: DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	19:12	20:03	21:00	07:08	10:59	00:00	08:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	18:48	20:25	21:20	07:00	11:00	00:00	08:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	18:48	20:30	21:24	07:08	11:00	00:00	08:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	18:48	20:07	21:05	07:01	11:00	00:00	08:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	18:52	20:32	21:26	07:03	11:00	00:00	08:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	18:46	20:05	21:06	07:04	11:00	00:00	08:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	18:44	20:29	21:24	07:05	11:00	00:00	08:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	18:47	20:02	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	18:46	20:34	21:28	07:01	11:00	00:00	08:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	18:48	20:13	21:08	07:02	11:00	00:00	08:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	18:47	20:30	21:23	07:01	11:00	00:00	08:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	18:47	20:24	21:23	07:01	11:00	00:00	08:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	18:46	20:03	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:59	00:00	104:00

TOLERANCIA DIARIA DE ENTRADA E SAIDA = 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionario
 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 de Oliveira
 DANIELA DOS SANTOS DE
 OLIVEIRA

21/08/2020

Três Benedito da Silva
 Benedito da Silva
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario CATIA FERNANDA FERRAZ
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Net.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	18:48	20:35	21:42	06:03	10:08	00:00	08:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	18:57	20:30	21:23	06:10	10:20	00:00	08:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	19:08	20:08	21:13	06:00	09:47	00:00	08:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	18:56	20:04	21:02	06:09	10:15	00:00	08:00
TOTAL: 4 dias, 27 folgas/feriados					40:30	00:00	32:00

TOLERANCIA LÍMITE DE EXTRAS SUPERIORES 10 A 15%

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

CATIA FERNANDA FERRAZ
 21/8/20

Thais Boareto da Silva
 ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 16/07/20

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário CAMILA DONATO INNOCENCIO
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
02/06 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
18/06 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MIN. 100%

Convênio nº 0107.2017
 Termo Aditivo nº 001.2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

CAMILA DONATO INNOCENCIO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Tatiana Roberto do Silva
 Enfermeira
 BEN-SP 161519

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 3 de 41
impresso em 14/07/2020 11:25

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/05 qui	19:13	21:19			02:06	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	18:58	20:02	21:00	07:13	11:00	00:00	08:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	18:58	20:25	21:20	07:05	11:00	00:00	08:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	19:00	20:11	21:00	07:05	11:00	00:00	08:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	19:00	20:46	21:47	07:00	10:59	00:00	08:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	18:59	20:09	21:04	07:02	11:00	00:00	08:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	18:53	20:29	21:39	07:00	10:57	00:00	08:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	19:03	20:05	21:04	07:22	11:00	00:00	08:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	18:58	20:06	21:08	07:16	11:00	00:00	08:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	19:04	20:03	21:00	07:01	11:00	00:00	08:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	19:07	20:31	21:30	07:08	11:00	00:00	08:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	19:00	20:01	21:05	07:00	10:56	00:00	08:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	19:02	20:00	21:07	07:29	11:00	00:00	08:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	19:08	20:23	21:16	07:03	11:00	00:00	08:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	18:56	20:00	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					155:58	00:00	112:00

TOLERÂNCIA LARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

ALESSANDRA DE CASSIA
MARDEGAN

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario: ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:53	13:29	14:26	19:04	11:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	06:49	13:07	14:02	19:05	11:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	06:44	13:14	14:19	19:10	11:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	06:47	13:49	14:44	19:05	11:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	06:50	13:17	14:14	19:09	11:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	06:48	13:22	14:21	19:03	11:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	06:44	13:00	14:00	19:00	11:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	06:48	13:16	14:12	19:08	11:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	06:48	13:01	13:57	19:03	11:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	06:46	13:15	14:10	19:00	11:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	06:48	12:13	13:08	19:08	11:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	06:48	13:26	14:25	19:05	11:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					132:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA (1) EXTRA: SUPLENIR = 12 MIN (12)

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI
 CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 qui	07:00	12:36	13:38	19:04	11:00	00:00	00:00
22/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 sab	07:02	11:06	12:08	19:01	10:57	00:00	00:00
24/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 seg	07:02	12:32	13:40	19:00	10:50	00:00	00:00
26/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 qua	07:05	12:37	13:33	19:08	11:00	00:00	00:00
28/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 sex	07:05	13:15	14:17	19:00	10:53	00:00	00:00
30/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/06 dom	07:09	12:56	13:55	19:00	10:52	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	06:55	13:38	14:37	19:05	11:00	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	07:00	12:36	13:36	19:15	11:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	07:00	12:28	13:28	19:00	11:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	06:58	12:38	13:39	19:05	11:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	07:02	12:33	13:33	19:02	11:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	07:07	12:53	13:58	19:07	10:55	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	06:56	12:47	13:46	19:10	11:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	07:01	12:26	13:24	19:00	11:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	07:01	12:38	13:37	19:00	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					164:27	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS: SUPLEXOS = 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 Funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Kelly C. Ramos
 KELLY CRISTINA RAMOS
 ROCHA

Thais Moreira da Silva
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 23 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	18:47	20:15	21:11	07:09	11:00	00:00	08:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	18:43	20:01	21:00	07:06	11:00	00:00	08:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	18:53	20:08	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	18:53	20:35	21:36	07:08	11:00	00:00	08:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	18:54	20:09	21:08	07:06	11:00	00:00	08:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	18:53	20:29	21:15	07:04	11:00	00:00	08:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	18:53	20:05	21:02	07:06	11:00	00:00	08:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	18:49	20:18	21:11	07:04	11:00	00:00	08:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	18:48	20:02	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	19:00	20:05	20:59	07:04	11:00	00:00	08:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	18:52	20:34	21:29	07:02	11:00	00:00	08:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	18:43	20:13	21:08	06:56	11:00	00:00	08:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	18:50	20:05	21:01	07:03	11:00	00:00	08:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	18:46	20:04	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	112:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

Jose Lopes de Oliveira
JOSE LOPES DE OLIVEIRA
21/08/2020

Thales Norberto da Silva
Thales Norberto da Silva
Enfermeiro
ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	18:49	20:02	20:59	07:24	11:38	00:00	08:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	18:52	20:40	21:35	07:06	11:00	00:00	08:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	18:54	21:06	21:53	07:03	11:00	00:00	08:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	18:48	20:54	21:57	07:12	11:00	00:00	08:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	18:43	20:27	21:23	07:12	11:33	00:00	08:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	18:49	20:40	21:30	07:05	11:00	00:00	08:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	18:47	20:54	21:46	07:00	11:00	00:00	08:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	18:48	20:30	21:30	07:07	11:00	00:00	08:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	18:45	20:14	21:06	07:03	11:00	00:00	08:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	18:56	20:49	21:51	07:02	11:00	00:00	08:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	18:50	20:12	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	18:49	20:31	21:24	06:53	11:00	00:00	08:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					133:11	00:00	96:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA EL EXTHAC SUP. POR 10 ANH - 17%

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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
 funcionario
 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

Thais Boareto da Silva
 Enfermeira
 161919
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção AUX DE
FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	18:51	20:35	21:35	07:04	11:00	00:00	08:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	18:52	20:30	21:30	07:07	11:00	00:00	08:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	18:51	20:36	21:36	07:02	11:00	00:00	08:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	18:50	20:20	21:20	07:01	11:00	00:00	08:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	18:50	20:30	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	18:53	20:31	21:28	07:06	11:00	00:00	08:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	18:48	20:30	21:30	07:02	11:00	00:00	08:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	18:53	20:45	21:45	07:04	11:00	00:00	08:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	18:51	20:35	21:38	07:00	11:00	00:00	08:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 11 folgas/feriados, 11 afastamentos					99:00	00:00	72:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15:30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

 DEBORA CRISTINA LOCHE
 21/08/20


 Thais Boreto da Silva
 Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 27/05/2020 a 20/06/2020

página 16 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILENE MANOEL
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Hct.
21/05 qui	07:04	13:26	14:20	19:04			11:00	00:00	00:00
22/05 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
23/05 sab	07:19	13:48		15:00	19:05		10:34	00:00	00:00
24/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
27/05 qua	06:52	14:48	15:36	19:17			11:37	00:00	00:00
28/05 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
29/05 sex	07:01	12:40	14:13	19:00			10:26	00:00	00:00
30/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
31/05 dom	07:03	13:33	14:10	19:15			11:35	00:00	00:00
01/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
02/06 ter	07:03	12:56	14:02	19:10			11:00	00:00	00:00
03/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
04/06 qui	07:06	15:53	16:55	19:17			11:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
06/06 sab	07:08	13:06	14:13	19:16			11:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
12/06 sex	06:58	14:44	15:51	19:04			10:59	00:00	00:00
13/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
14/06 dom	07:01	13:40	14:41	19:10			11:00	00:00	00:00
15/06 seg	07:04	13:27	14:24	19:12			11:00	00:00	00:00
16/06 ter	07:10	13:11	14:16	19:10			10:55	00:00	00:00
17/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
18/06 qui	07:10	13:28	14:31	19:08			10:55	00:00	00:00
19/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
20/06 sab	07:07	13:06	14:13	19:05			10:51	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							153:52	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPLENIR A 19 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Movel (v1) 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)Edilene Manoel
EDILENE MANOEL
21/08/20Thais Borges da Silva
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL 161919

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 15 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	18:51	20:02	20:57	07:25	11:39	00:00	08:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	18:55	19:57	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	19:04	20:40	21:35	07:07	11:00	00:00	08:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	19:03	21:05	21:52	07:05	11:00	00:00	08:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	18:58	20:54	21:48	07:13	11:00	00:00	08:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	18:49	20:46	21:40	07:02	11:00	00:00	08:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	18:42	20:27	21:23	07:12	11:34	00:00	08:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	18:47	20:55	21:45	07:00	11:00	00:00	08:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	18:49	21:09	21:55	07:02	11:00	00:00	08:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	18:53	20:30	21:20	07:10	11:00	00:00	08:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	18:52	20:14	21:06	07:03	11:00	00:00	08:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	18:56	20:49	21:40	07:02	11:00	00:00	08:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	18:50	20:12	22:15	07:00	10:07	00:00	07:42
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	18:53	20:31	21:24	07:05	11:00	00:00	08:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:20	00:00	111:42

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 Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

Edilaine Munhoz Maquea
 EDILAINÉ MUNHOZ MAQUEA

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 27/05/2020 a 20/06/2020

página 25 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: LAIS MARANI SILVA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLISFunção:
FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Nol.
21/05 qui	07:28	13:10	14:15	17:54	07:30	01:00	00:00
22/05 sex	07:43	13:16	14:21	16:48	06:48	01:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	07:37	13:21	14:31	16:53	06:53	01:00	00:00
26/05 ter	Falta				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Falta				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Falta				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Falta				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	07:34	13:02	14:46	17:16	06:32	01:00	00:00
02/06 ter	07:36	13:14	14:22	17:07	07:07	01:00	00:00
03/06 qua	07:38	13:34	14:36	16:55	06:55	01:00	00:00
04/06 qui	07:32	13:56	14:58	18:08	07:30	01:00	00:00
05/06 sex	07:58	13:09	13:31	17:00	07:00	00:22	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	07:29	12:50	13:51	16:49	06:49	01:00	00:00
09/06 ter	07:41	13:39			03:39	00:00	00:00
10/06 qua	07:49	12:58			03:58	00:00	00:00
11/06 qui	Falta				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	07:35	13:24	14:24	17:09	07:09	01:00	00:00
16/06 ter	07:31	14:06	15:29	17:07	06:44	01:00	00:00
17/06 qua	07:38	13:21	14:24	16:57	06:57	01:00	00:00
18/06 qui	07:32	14:15	15:21	17:02	07:02	01:00	00:00
19/06 sex	07:22	14:03	15:15	17:28	07:18	01:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 5 faltas, 9 folgas/feriados, 1 afastamento					105:51	13:22	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Início:
 Segunda
 5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
 Entrada 10/15 [Só Banco] - Saída 10/15 [Só Banco]
 Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)


 LAIS MARANI SILVA


 ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Roteacao	Total Not
21/05 qui	07:12	14:10	15:09	19:04	10:53	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	07:10	14:42	15:34	19:01	10:59	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	07:12	13:48	14:41	19:01	10:56	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	07:12	16:34	17:33	19:08	10:57	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	07:11	14:13	15:15	19:00	10:47	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	07:13	14:04	15:05	19:00	10:46	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	07:09	13:40	14:41	19:05	10:55	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	07:11	13:39	14:32	19:15	11:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	07:16	15:43	16:42	19:09	10:54	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	07:07	13:56	14:59	19:00	10:50	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	06:59	14:35	15:35	19:05	11:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	07:02	12:33	13:33	19:02	11:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	07:12	14:46	15:46	19:04	10:52	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	07:05	14:33	15:33	19:00	10:55	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					152:44	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS: 15 MIN (15 MIN) TOL

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Leticia Ferraz
 LETICIA MAIARA DOS SANTOS
 23/06/20

Thales Boaretto da Silva
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL
 14/06/2020

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Nst.
21/05 qui	07:13	12:00	13:11	19:04	10:40	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	07:13	13:34	14:31	19:01	10:51	00:00	00:00
24/05 dom	07:09	12:11	13:08	18:57	10:51	00:00	00:00
25/05 seg	07:09	12:06	13:00	19:00	10:57	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	07:17	15:41	17:10	19:08	10:22	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	07:04	15:39	16:40	18:56	10:51	00:00	00:00
30/05 sab	07:19	12:33	13:48	19:04	10:30	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	07:10	12:20	13:23	19:05	10:52	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	07:09	12:03	13:05	19:15	11:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	07:19	13:34	14:14	19:09	11:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	07:11	11:59	12:50	19:00	10:58	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	07:15	14:27	15:11	19:02	11:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	07:05	12:18	13:23	19:07	10:57	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	07:02	12:02	13:05	19:10	11:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	07:04	12:00	13:02	19:04	10:58	00:00	00:00
19/06 sex	07:10	12:09	13:14	18:57	10:42	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 15 folgas/feriados					173:29	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPR: POR 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Patricia M. Almeida
 PATRICIA MICHELE DE
 ALMEIDA

Thais Benedito da Silva
 Enfermeira
 CRM-SP 161919
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 33 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	18:54	20:03	20:57	07:25	11:37	00:00	08:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	18:56	19:58	20:51	07:00	11:00	00:00	08:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	18:56	21:05	22:07	07:04	11:00	00:00	07:52
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	18:48	20:54	21:48	07:13	11:31	00:00	08:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	19:03	20:47	21:40	07:05	11:00	00:00	08:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	18:58	20:28	21:22	07:12	11:00	00:00	08:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	19:00	20:41	21:31	07:10	11:00	00:00	08:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	18:55	20:55	21:46	07:00	11:00	00:00	08:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	18:56	21:10	21:55	07:01	11:00	00:00	08:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	18:48	20:30	21:22	07:10	11:00	00:00	08:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	18:46	20:14	21:05	07:03	11:00	00:00	08:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	18:57	20:12	22:15	07:00	10:00	00:00	07:42
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	18:57	20:31	21:24	07:05	11:00	00:00	08:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:08	00:00	103:34

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Horário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

Patricia Adriana
PATRICIA ADRIANA FERREIRA
ADRIANA

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

Adriana da Silva
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário GISLAINE MACHADO MORABITO
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:57	12:33	13:28	19:05	11:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	07:03	13:48	14:43	19:01	10:58	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	06:56	12:14	13:15	19:12	11:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	06:58	12:50	13:50	19:08	11:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	06:49	12:20	13:21	19:10	11:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	07:00	12:30	13:28	19:05	11:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	06:53	15:02	16:03	19:11	11:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	06:56	12:01	12:59	19:03	11:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	06:46	12:06	13:06	19:10	11:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	06:57	12:14	14:01	19:07	10:23	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	07:04	12:15	13:14	19:02	10:59	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	06:52	12:08	13:10	19:07	11:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	06:57	12:40	13:37	19:02	11:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:20	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS: SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GISLAINE MACHADO
 MORABITO

20/08/20

Thais Bonfatti da Silva
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 27/05/2020 a 20/06/2020

página 18 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:54	12:35	13:29	19:11	11:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	18:45	19:58	20:51	07:04	00:15	00:00	08:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	06:52	12:08	13:07	19:06	11:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	06:48	12:34	13:33	19:09	11:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	06:56	12:20	13:16	19:10	11:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	07:04	12:30	13:26	19:09	11:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	06:44	12:44	13:41	19:13	11:32	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	07:05	12:02	12:59	19:01	10:59	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	06:54	12:14	13:10	19:06	11:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	06:50	12:15	13:14	19:02	11:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	06:53	12:16	13:12	19:11	11:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	06:57	13:26	14:23	19:08	11:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	06:47	12:40	13:36	19:02	11:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					132:46	00:00	08:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionario
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

20/08/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	18:43	20:02	20:57	07:13	11:35	00:00	08:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	18:40	19:58	20:51	07:08	11:33	00:00	08:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	18:09	20:41	21:35	07:13	11:00	00:00	08:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	18:48	20:54	21:47	07:14	11:33	00:00	08:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	18:56	20:47	21:38	07:10	11:00	00:00	08:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	18:50	20:40	22:17	07:15	10:48	00:00	07:40
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	18:47	20:54	21:46	07:12	11:33	00:00	08:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	18:51	21:09	21:55	07:14	11:37	00:00	08:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	18:49	21:06	21:47	07:13	11:43	00:00	08:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	18:46	20:14	21:06	07:14	11:36	00:00	08:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 15 folgas/feriados, 6 afastamentos					113:58	00:00	79:40

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Móvel (v1): 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
 20/06/20


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 1 de 41
impresso em 14/07/2020 11:28Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALCIONE BOGAZ
Departamento: UTI MIRANDÓPOLISFunção: TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/05 qui	18:40	20:15	21:11	07:04	11:00	00:00	08:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	18:43	20:01	21:00	07:07	11:00	00:00	08:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	18:53	20:42	21:36	07:07	11:00	00:00	08:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	18:54	20:20	21:10	07:06	11:00	00:00	08:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	18:48	20:07	21:01	07:02	11:00	00:00	08:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	18:53	20:29	21:15	07:06	11:00	00:00	08:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	18:52	20:05	21:03	07:05	11:00	00:00	08:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	18:51	20:38	21:27	07:05	11:00	00:00	08:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	18:48	20:02	20:58	07:00	11:00	00:00	08:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	18:45	20:05	20:59	07:04	11:00	00:00	08:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	18:49	20:13	21:05	07:02	11:00	00:00	08:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	18:57	20:30	21:23	07:02	11:00	00:00	08:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	18:48	20:24	21:13	07:03	11:00	00:00	08:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	18:47	20:03	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	112:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MIN / 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

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
 21/8/20

Thais Bonetto da Silva
 Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 18 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:26Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ELIANA CRISTINA RODRIGUES
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Net
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:57	13:30	14:29	19:05	11:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	06:52	13:49	14:49	19:00	11:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	06:54	13:07	14:04	19:05	11:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	06:56	13:15	14:16	19:13	11:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	06:55	13:19	14:15	19:13	11:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	06:58	13:30	14:25	19:04	11:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	06:52	13:11	14:07	19:10	11:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	07:01	12:06	13:07	19:10	11:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	06:57	13:03	13:56	19:07	11:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	06:55	13:18	14:14	19:02	11:00	00:00	00:00
14/06 dom	06:53	13:40	14:41	19:10	11:00	00:00	00:00
15/06 seg	06:56	13:11	14:09	19:11	11:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	06:53	12:26	13:22	19:07	11:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS: PERM. NA 11 MIN. - 05

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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
 funcionario
 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 C. Rodrigues
 ELIANA CRISTINA RODRIGUES
 20/06/2020

Thales Boreto da Silva
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 17 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total No.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:57	13:30	14:26	19:04	11:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	06:55	12:28	13:26	18:57	11:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	06:55	13:16	14:04	19:06	11:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	06:58	13:16	14:18	19:11	11:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	06:58	13:51	14:46	19:05	11:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	06:51	13:23	14:23	19:03	11:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	07:02	13:11	14:07	19:07	11:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	06:54	13:02	14:00	19:00	11:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	07:01	13:12	14:10	19:08	11:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	07:01	13:01	13:55	19:04	11:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	06:56	12:15	13:09	19:05	11:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	06:56	13:26	14:25	19:05	11:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	06:54	13:22	14:20	19:02	11:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:00	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 CRISTINA DIAS
 BORGES

Thais Bonato da Silva
 Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/01/2020 a 20/06/2020

página 28 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	07:05	10:30	11:46	19:02			10:41	00:00	00:00
22/05 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
25/05 seg	06:53	12:24	13:28	19:00			11:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
29/05 sex	06:56	12:00	13:04	18:56			10:56	00:00	00:00
30/05 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
31/05 dom	06:59	13:05	14:05	18:57			10:58	00:00	00:00
01/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
02/06 ter	07:07	12:18	13:22	19:05			10:54	00:00	00:00
03/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
04/06 qui	07:00	10:08	11:15	19:14			11:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
06/06 sab	07:08	14:14	15:14	19:09			11:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
08/06 seg	06:52	12:24	13:27	19:00			11:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
10/06 qua	06:56	13:43	14:44	14:48	19:07		06:51	00:00	00:00
11/06 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
16/06 ter	06:59	13:49	14:54	19:09			11:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
18/06 qui	06:57	12:12	13:10	19:00			11:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
20/06 sab	07:02	11:55	13:05	19:00			10:48	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados							127:08	00:00	00:00

TOLERÂNCIA MÁXIMA DE EXTRAL SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Movel (V1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 27 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	18:43	19:57	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	18:43	20:40	21:35	07:07	11:00	00:00	08:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	18:58	21:04	21:53	07:04	11:00	00:00	08:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	18:54	20:47	21:34	07:06	11:00	00:00	08:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	19:02	20:41	21:30	07:11	11:00	00:00	08:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	18:53	21:10	21:56	07:01	11:00	00:00	08:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	18:45	20:14	21:05	07:03	11:00	00:00	08:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	18:56	20:50	21:40	07:02	11:00	00:00	08:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	18:59	20:12	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	18:49	20:31	21:24	07:05	11:00	00:00	08:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 21 folgas/feriados					110:00	00:00	80:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS

COPEN 00 848337 - TE

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS

20/10/2020

Theis Aparecida da Silva
 Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionario
 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)

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX
ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	07:37	13:02	13:21	16:23	08:27	00:00	00:00
22/05 sex	07:55	12:19	12:58	14:40	06:06	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	07:37	13:06	13:33	16:18	08:14	00:00	00:00
26/05 ter	07:50	11:22	13:10	16:34	06:56	00:00	00:00
27/05 qua	07:51	13:02	13:17	16:34	08:28	00:00	00:00
28/05 qui	07:37	12:44	13:04	15:50	08:53	00:00	00:00
29/05 sex	08:00	11:26	13:13	16:38	06:51	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	07:36	11:27	12:58	16:41	07:34	00:00	00:00
02/06 ter	07:36	12:38	13:08	16:28	08:22	00:00	00:00
03/06 qua	07:34	13:22	16:58		05:48	00:00	00:00
04/06 qui	07:34	11:23	12:30	16:27	07:46	00:00	00:00
05/06 sex	07:25	16:16			08:51	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	07:39	11:18	12:47	16:38	07:30	00:00	00:00
09/06 ter	07:31	13:03	16:35		05:32	00:00	00:00
10/06 qua	07:46	11:32	13:19	16:51	07:18	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	07:33	11:00			03:27	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	07:25	11:10	12:18	16:37	08:04	00:00	00:00
16/06 ter	07:48	12:34	13:20	16:59	08:25	00:00	00:00
17/06 qua	07:43	11:16	13:09	16:59	07:23	00:00	00:00
18/06 qui	07:42	09:46	11:58	16:57	07:03	00:00	00:00
19/06 sex	07:26	11:34	12:59	16:42	07:51	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 21 dias, 10 folgas/feriados					154:49	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS. COLUMA HORA EXTRA SUPRIMIDA MANUALMENTE

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

Horário Móvel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI

Thais Boaretto da Silva
Enfermeira
COFEN-SP 161919
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 30 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: MAURO CELSO CHIAVELLI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	18:55	20:02	20:57	07:08	11:00	00:00	08:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	18:51	20:40	21:39	07:06	11:00	00:00	08:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	18:54	20:43	22:22	07:11	10:38	00:00	07:34
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	18:58	20:30	21:34	07:08	11:00	00:00	08:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	18:51	20:20	21:14	07:20	11:35	00:00	08:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	06:51	13:46	14:48	19:05	00:05	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	06:56	12:46	13:40	19:09	00:09	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	06:56	12:27	13:20	19:05	00:05	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	06:52	12:06	12:43	19:17	00:17	00:00	00:00
11/06 qui	07:02	13:37	14:34	19:07	00:07	00:00	00:00
12/06 sex	07:12	12:06	13:04	19:03	00:03	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	06:55	13:00	13:55	19:00	00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	06:54	12:32	13:27	19:06	00:06	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	06:54	12:14	13:12	19:07	00:07	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	06:54	12:50	13:48	19:00	00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					56:12	00:00	39:34

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 Brandt Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

MAURO CELSO CHIAVELLI

Thais Borges de Silva
ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
COBRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 5 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	18:58	21:04	21:56	07:03	11:00	00:00	08:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	18:55	20:54	21:59	07:12	11:00	00:00	08:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	18:54	20:49	21:35	07:05	11:00	00:00	08:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	18:53	20:28	21:23	07:12	11:00	00:00	08:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	19:02	20:41	21:30	07:11	11:00	00:00	08:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	18:54	20:55	21:45	07:00	11:00	00:00	08:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	18:53	21:10	21:57	07:01	11:00	00:00	08:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	18:49	20:34	21:26	07:10	11:00	00:00	08:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	18:56	20:51	21:41	07:02	11:00	00:00	08:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	18:59	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 21 folgas/feriados					110:00	00:00	80:00

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: CusteioHorario Movel (v1): 19H AS 07H- Inicio de acordo com o
funcionario
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
ZANATTAASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASILThais Boareto da Silva
Enfermeira
COREN-SP 161919

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/05 qui	18:46	20:16	21:17	07:09	11:00	00:00	08:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	18:46	20:01	20:59	07:06	11:00	00:00	08:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	18:51	20:07	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	18:53	20:43	22:09	07:05	10:46	00:00	07:49
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	18:43	20:08	21:08	07:06	11:00	00:00	08:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	18:47	20:14	21:01	07:01	11:00	00:00	08:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	18:54	20:25	21:25	07:04	11:00	00:00	08:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	18:57	20:08	21:04	07:04	11:00	00:00	08:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	18:58	20:36	21:36	07:05	11:00	00:00	08:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	18:48	20:02	20:56	07:00	11:00	00:00	08:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	18:45	20:05	21:01	07:03	11:00	00:00	08:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	18:52	20:52	22:00	07:01	11:00	00:00	08:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	18:57	20:30	21:35	07:02	11:00	00:00	08:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	18:47	20:04	21:03	07:03	11:00	00:00	08:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	18:47	20:03	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					164:46	00:00	119:49

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 Móvel (v1). 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS
 SILVA

21/08/2020

Thais Boratto da Silva
 Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/06/2020

página 36 de 41
impresso em 14/07/2020 11:25Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento UTL MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	18:48	20:02	20:57	07:25	11:42	00:00	08:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	18:55	19:57	20:50	07:00	11:00	00:00	08:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	18:52	20:40	21:35	07:07	11:00	00:00	08:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	18:52	20:54	21:47	07:13	11:00	00:00	08:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	18:55	20:47	21:40	07:05	11:00	00:00	08:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	18:58	20:28	21:22	07:12	11:00	00:00	08:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	18:57	20:40	21:31	07:10	11:00	00:00	08:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	18:47	20:54	21:45	07:00	11:00	00:00	08:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	18:48	20:30	21:22	07:10	11:00	00:00	08:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	18:52	20:14	21:05	07:03	11:00	00:00	08:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	18:51	20:49	21:40	07:02	11:00	00:00	08:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	18:57	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	18:53	20:31	21:24	07:05	11:00	00:00	08:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:42	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAT SUPLENIR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Faltas [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

Sônia dos Santos Rocha
 SONIA DOS SANTOS ROCHA

Thais Bonfatti do Silva
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario RICARDO DE CARVALHO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Retencao	Total Not.
21/05 qui	19:00	20:52	21:58	07:09	11:00	00:00	08:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	18:47	20:07	21:07	07:00	11:00	00:00	08:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	18:53	20:42	21:36	07:05	11:00	00:00	08:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	18:49	20:21	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	18:50	20:29	21:29	07:05	11:00	00:00	08:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	18:52	20:04	21:04	07:03	11:00	00:00	08:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	18:50	20:19	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	18:47	20:02	21:19	07:00	10:56	00:00	08:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	18:45	20:05	20:59	07:00	11:00	00:00	08:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	18:45	20:43	21:43	07:01	11:00	00:00	08:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	18:49	20:13	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	20:31	21:35	22:35	07:02	09:31	00:00	07:20
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					130:27	00:00	95:20

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)Ricardo de Carvalho
RICARDO DE CARVALHO
280820Thais Boareto da Silva
Enfermeira
RBR-SP 461919
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/05/2020 a 20/06/2020

página 31 de 41
impresso em 14/07/2020 11:25

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	07:10	14:17	15:15	19:04	10:56	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	07:10	13:26	14:27	19:01	10:50	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	07:08	13:57	14:56	19:01	10:54	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	07:16	13:43	14:43	19:08	10:52	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	07:11	13:08	14:08	19:00	10:49	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	07:09	15:15	16:13	19:06	10:59	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	07:05	15:46	16:45	19:10	11:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	06:54	14:46	15:45	19:00	11:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	07:07	13:13			06:06	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	06:56	14:29	15:27	19:02	11:00	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	07:01	14:25	15:25	19:10	11:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	06:58	15:20	16:17	19:10	11:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	07:01	14:02	15:01	19:05	11:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	07:10	14:33	15:32	19:00	10:51	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					148:17	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Natalia Pazinato
NATALIA PAZINATO DA SILVA

21/08/20

Thais Boareto da Silva
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL
CONESSP 161919

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
26/05 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
27/05 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
28/05 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
29/05 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
31/05 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
01/06 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
02/06 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
05/06 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
06/06 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
09/06 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
12/06 sex	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
13/06 sab	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
14/06 dom	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Afastamento - LICENÇA MATERNIDADE		00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
19/06 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 4 folgas/feriados, 27 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

Natalia Xavier da Silva
 Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 161918

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

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	06:57	14:12	15:24	19:16	11:00	00:00	00:00
26/05 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
27/05 qua	06:56	12:03	13:22	19:29	11:00	00:00	00:00
28/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
29/05 sex	07:02	16:56	18:11	19:19	11:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	07:02	14:06	15:05	19:12	11:00	00:00	00:00
01/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
02/06 ter	06:59	15:53	16:48	19:19	11:00	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	07:07	13:32	14:31	20:19	10:54	00:00	00:00
05/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
06/06 sab	07:02	14:22	14:59	21:50	11:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	07:03	14:53	15:53	19:14	11:00	00:00	00:00
09/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
12/06 sex	07:01	11:49	13:01		04:48	00:00	00:00
13/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
14/06 dom	07:05	14:13	16:58	19:36	09:10	00:00	00:00
15/06 seg	18:55	19:54	20:48	07:08	00:05	00:00	08:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	07:02	15:42			08:40	00:00	00:00
19/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
20/06 sab	07:37	15:54	19:35		08:17	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					118:54	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)

Priscila Santos Leite de Almeida
 PRISCILA SANTOS LEITE DE
 21/08/2020

Thais Boaceto da Silva
 Enfermeira
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 11/06/2019 a 20/06/2020

página 7 de 41
Impresso em 14/07/2020 11:26

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento: UTI MIRANDOPOLIS

Função: TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:49	13:00	13:59	19:14	11:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	06:49	12:22	13:18	20:02	11:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	06:49	12:44	13:56	19:07	11:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	06:48	13:13	14:10	19:02	11:00	00:00	00:00
31/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
01/06 seg	06:50	12:45	13:36	19:13	11:32	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	06:50	11:56	12:51	19:12	11:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	06:50	12:19	13:06	19:11	11:34	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	06:46	12:44	13:46	19:08	11:00	00:00	00:00
10/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
11/06 qui	06:48	12:18	14:03	19:11	10:38	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	06:46	12:29	13:26	19:03	11:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	06:46	11:46	12:40	19:08	11:00	00:00	00:00
16/06 ter	06:49	13:21	14:06	19:14	11:40	00:00	00:00
17/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	06:47	12:52	13:43	19:10	11:32	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					144:56	00:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 (dez) 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

20/08/2020

Thais Boaretto do Silva
Enfermeira
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/06/2020

página 41 de 41
impresso em 14/07/2020 11:25

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/05 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
22/05 sex	06:49	12:35	13:28	19:05	11:00	00:00	00:00
23/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
24/05 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
25/05 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
26/05 ter	06:51	12:06	13:06	19:05	11:00	00:00	00:00
27/05 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
28/05 qui	06:49	12:14	13:08	19:12	11:00	00:00	00:00
29/05 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
30/05 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
31/05 dom	06:53	12:56	13:48	19:08	11:00	00:00	00:00
01/06 seg	06:42	12:20	13:16	19:10	11:32	00:00	00:00
02/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
03/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
04/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
05/06 sex	06:44	15:02	16:01	19:10	11:00	00:00	00:00
06/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
07/06 dom	06:51	12:00	12:59	19:02	11:00	00:00	00:00
08/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
09/06 ter	06:46	12:17	13:13	19:09	11:00	00:00	00:00
10/06 qua	08:40	13:18	14:09	19:05	09:34	00:00	00:00
11/06 qui	06:48	12:01	13:00	19:07	11:00	00:00	00:00
12/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
13/06 sab	06:46	13:17	14:14	19:01	11:00	00:00	00:00
14/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
15/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
16/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
17/06 qua	06:49	12:05	13:03	19:07	11:00	00:00	00:00
18/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
19/06 sex	06:47	13:37	14:26	19:00	11:00	00:00	00:00
20/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:06	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTINSA SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

VALERIA CRISTINA DE SOUZA
DA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Relatório de Desempenho mês de Julho de 2020

Período compreendido: 01/07/2020 a 31/07/2020

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	8,62 dias
Taxa de ocupação (%)	> 90%	80,65 %
Reinternação < 24 horas	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0 reclamações
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%o	0
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0

Definições dos cálculos utilizados nas metas

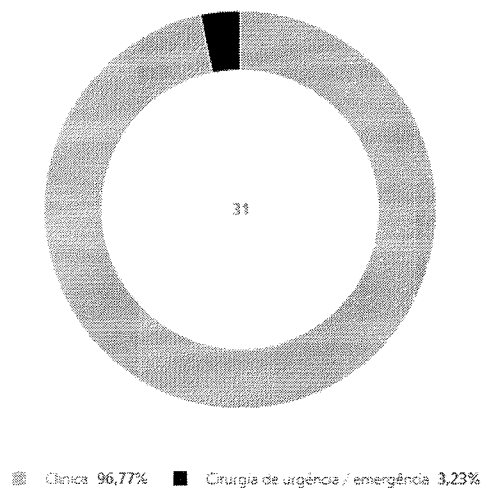
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

Indicadores de Interesse da AHBB	Metas	Resultado Obtido
Total de Internações no Período (n)	30	36
Internações Novas (n)	25	31
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	29
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	250
Taxa de ocupação (%)	80%	80,65 %
Duração média da internação (dias)	7 dias	8,62 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	54,76
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	37,35 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	9
Mortalidade Observada (%)	-	31,03 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,83
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6‰	0
Taxa de utilização de VM (%)	-	39,20 %
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	74 %
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0

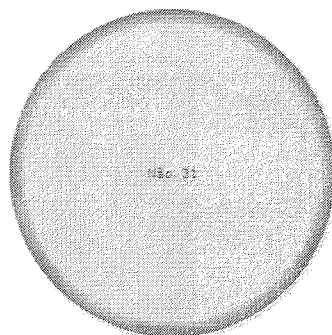
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Gráficos do Mês de Julho/2020

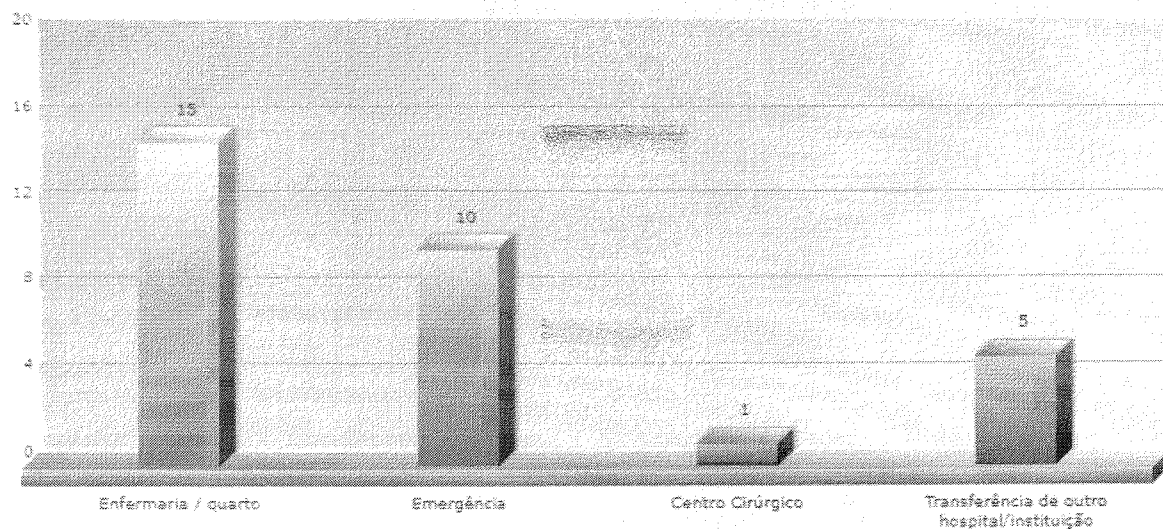
Tipos e Razões da Internação



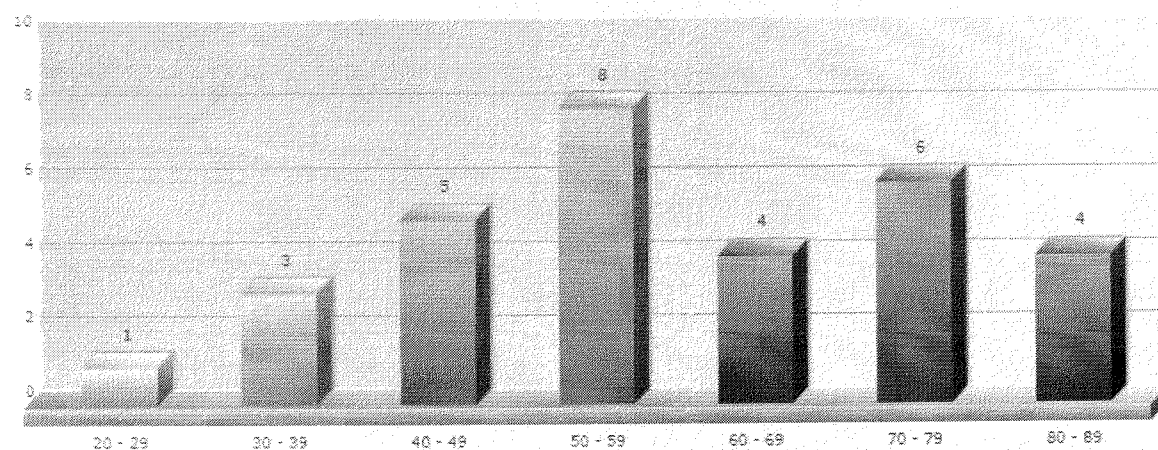
Reinternações na Unidade



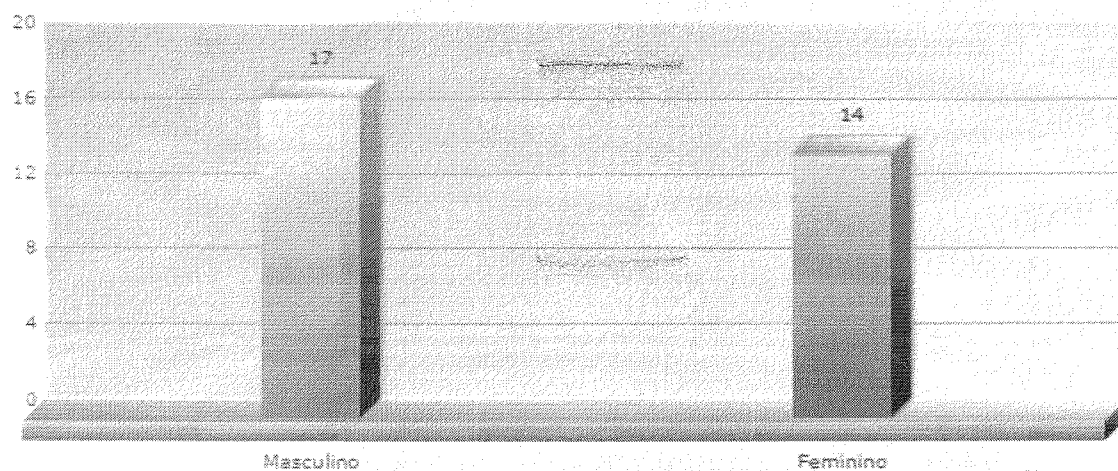
Origem da Internação



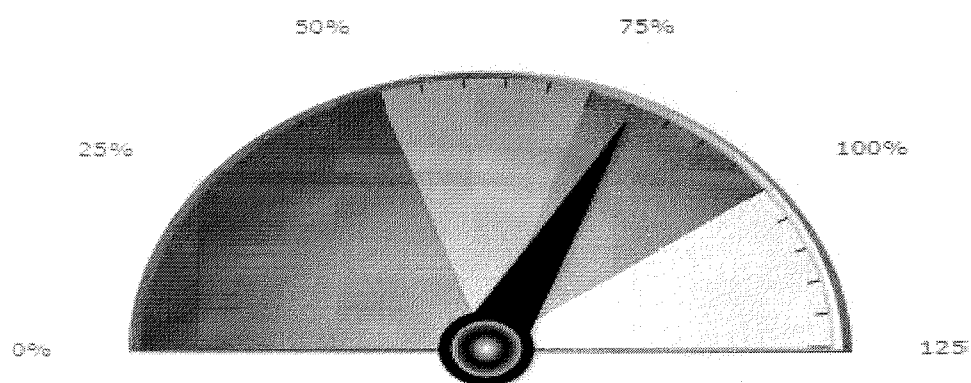
Idade – Histograma



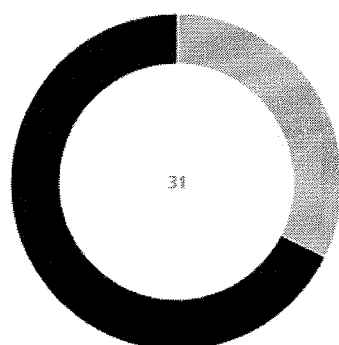
Sexo



Taxa de Ocupação



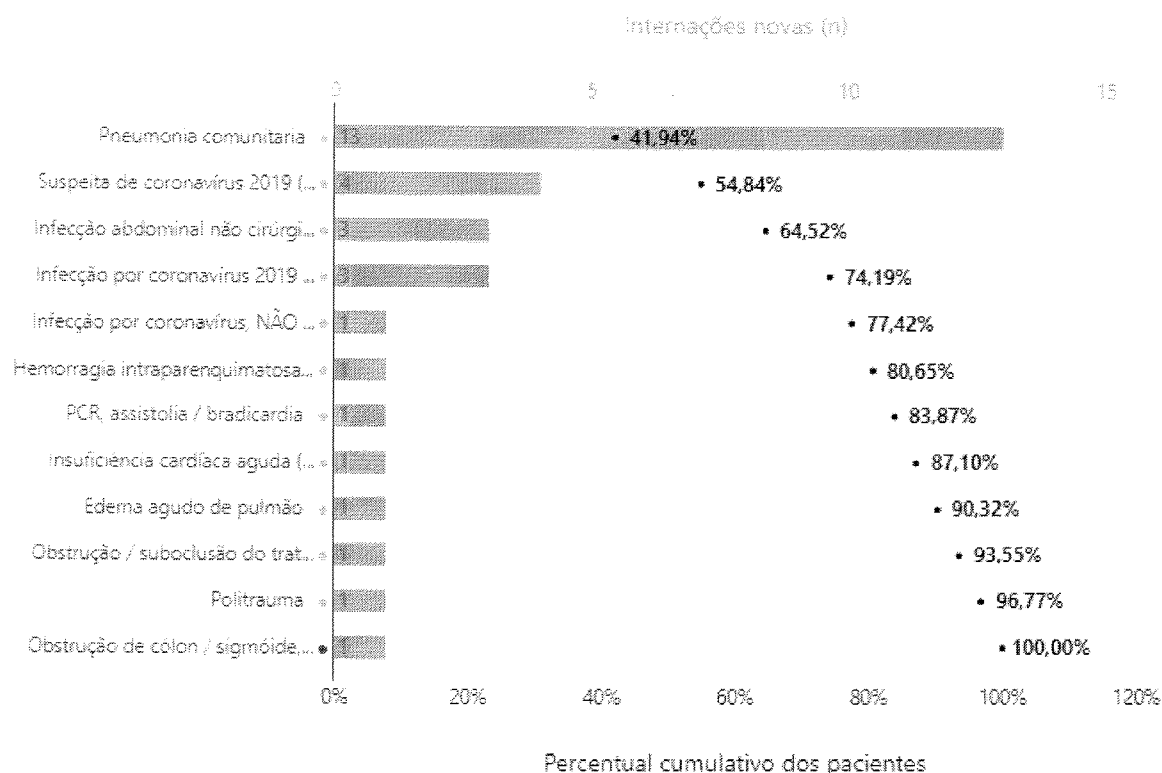
Gravidade da Internação – Escore Saps 3



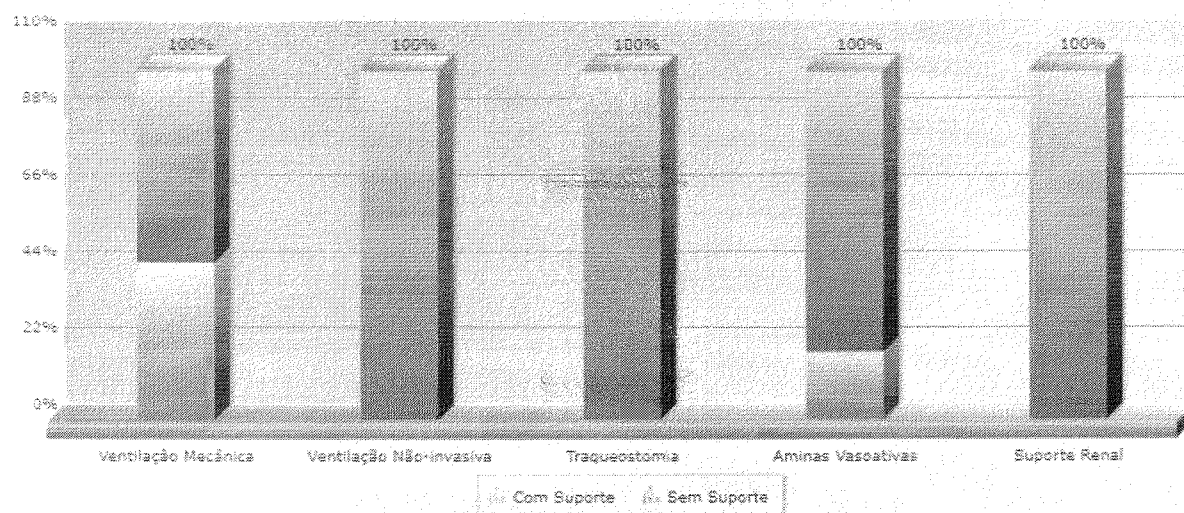
■ Intermediário 32,26%
■ Alto 67,74%

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

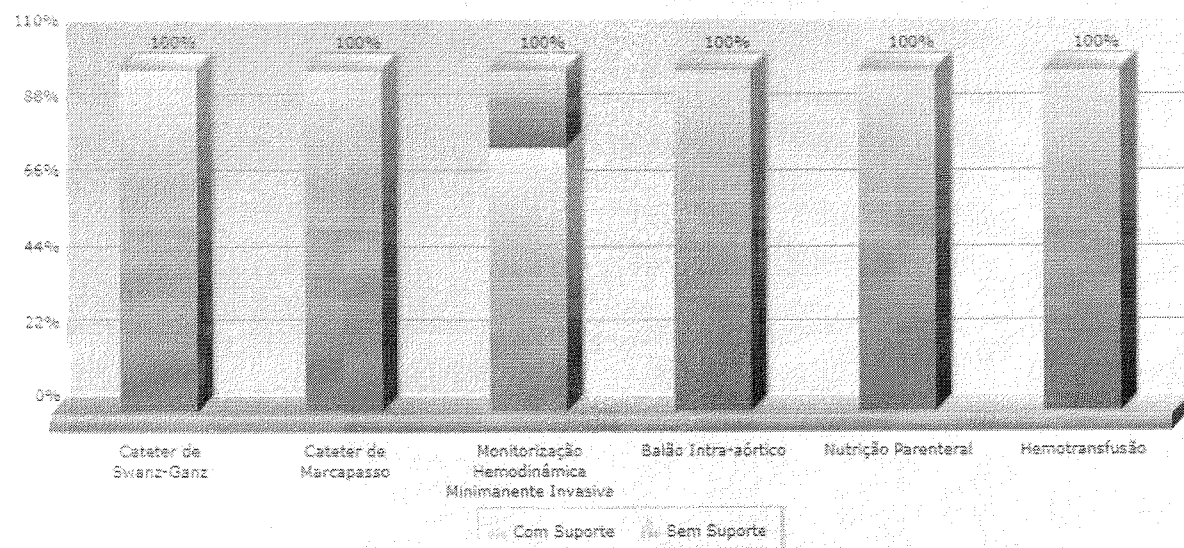
DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



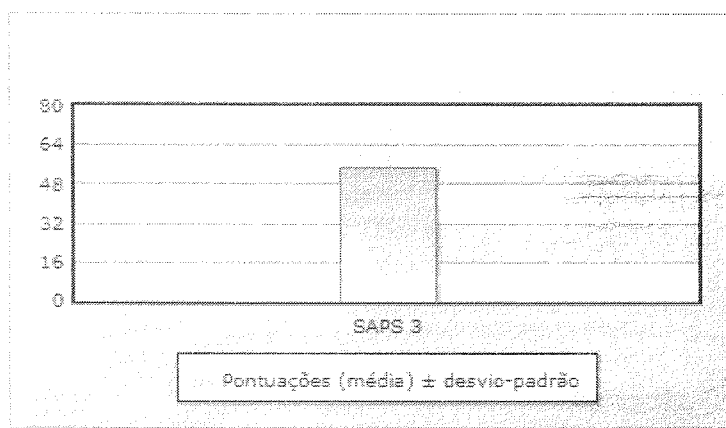
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



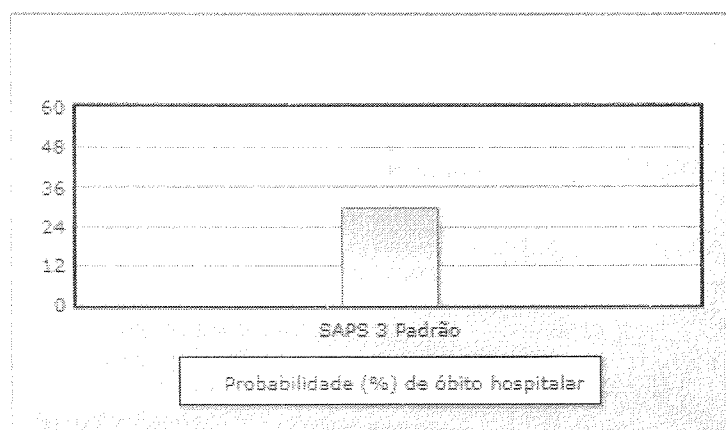
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



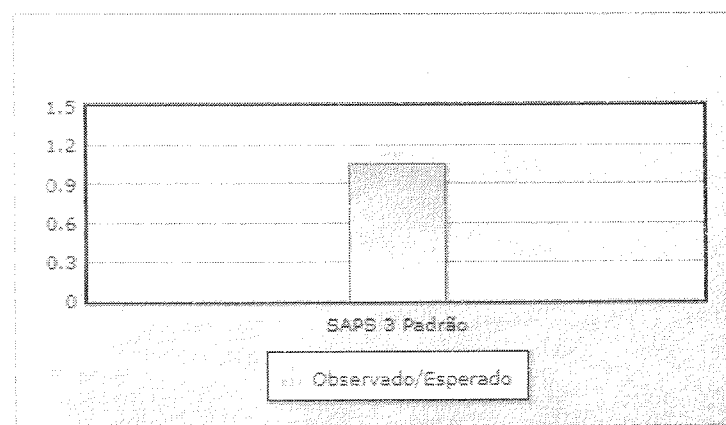
SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO



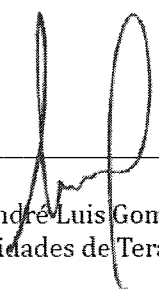
SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE



Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



Dr André Luis Gomes
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva