

Prestação de Contas

Agosto
2020

Mirandópolis

www.ahbb.org.br

contato@ahbb.org.br

14 3532 5198

Av. José Ariano Rodrigues, 303
Jardim Ariano - Lins - SP
Cep 16400 400

CONCILIAÇÃO BANCARIA

Empresa: Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
 CNPJ: 45.349.461/0001-02
 Período: 01/08/2020 a 31/08/2020
 Convênio: Mirandópolis

Banco Do Brasil
 Ag: 6790-3
 CC: 211-9

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercício
03/08/2020	Saldo Anterior				
		BANCO DO BRASIL			
03/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1103475	R\$ 827,23		R\$ 73.348,14
03/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 69865	R\$ 1.023,70		R\$ 72.520,91
03/08/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 20483527	R\$ 9.320,85		R\$ 71.497,21
03/08/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 20483534	R\$ 5.992,57		R\$ 62.176,36
03/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1318633	R\$ 7.871,68		R\$ 56.183,79
03/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 451815	R\$ 909,00		R\$ 48.312,11
03/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 451599	R\$ 3.456,03		R\$ 44.856,08
03/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 75744	R\$ 1.713,10		R\$ 43.947,08
03/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1107935	R\$ 161,00		R\$ 42.233,98
03/08/2020	Biripel Embalagens Ltda	Nota Fiscal nº 150428	R\$ 263,59		R\$ 42.072,98
03/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 97363	R\$ 2.135,89		R\$ 41.809,39
03/08/2020	Gestare Serviços Combinados de Escritório	Nota Fiscal nº 106	R\$ 39.673,50		R\$ 39.673,50
06/08/2020	Repasso Público		R\$ -		R\$ 0,00
06/08/2020	Transferencia AHBB Sede		R\$ -	R\$ 355.226,00	R\$ 355.226,00
06/08/2020	Alcione Bogaz	Folha de pagamento	R\$ 247.984,77		R\$ 107.241,23
06/08/2020	Alessandra Aguiar Saleses Farias	Folha de pagamento	R\$ 1.718,29		R\$ 105.522,94
06/08/2020	Alessandra de Cassia Mardegan	Folha de pagamento	R\$ 2.639,14		R\$ 102.883,80
06/08/2020	Ana Augusta Feliciani Nogueira	Folha de pagamento	R\$ 3.018,10		R\$ 99.865,70
06/08/2020	Ana Paula Azevedo Zanatta	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 98.387,91
06/08/2020	Ana Paula dos Santos Silva	Folha de pagamento	R\$ 1.718,29		R\$ 96.669,62
06/08/2020	Bianca Caetano Costa	Folha de pagamento	R\$ 1.556,61		R\$ 95.113,01
06/08/2020	Bruna Beraldo Ferrante	Folha de pagamento	R\$ 2.642,39		R\$ 92.470,62
06/08/2020	Cátia Fernanda Ferraz	Folha de pagamento	R\$ 2.788,44		R\$ 89.682,18
06/08/2020	Cristiane Paschoaleto Vendrame	Folha de pagamento	R\$ 1.717,28		R\$ 87.964,90
06/08/2020	Daniela dos Santos de Oliveira	Folha de pagamento	R\$ 689,67		R\$ 87.275,23
06/08/2020	Debora Cristina Loche	Folha de pagamento	R\$ 1.718,31		R\$ 85.556,92
06/08/2020	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Folha de pagamento	R\$ 1.526,69		R\$ 84.030,23
06/08/2020	Edilaine Munhoz Maquea	Folha de pagamento	R\$ 1.661,64		R\$ 82.368,59
06/08/2020	Edilene Manoel	Folha de pagamento	R\$ 1.718,29		R\$ 80.650,30
06/08/2020	Elaine Cristina Dias Borges	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 79.172,51
06/08/2020	Wilson Ferreira Guedes dos Santos	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 77.694,72
06/08/2020	Gislaine Machado Morabito	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 76.216,93
06/08/2020	Isadora Moraes de Castro	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 74.739,14
06/08/2020	Izabel Cristina de Souza	Folha de pagamento	R\$ 1.262,87		R\$ 73.476,27
06/08/2020	Jose Lopes de Oliveira	Folha de pagamento	R\$ 1.290,13		R\$ 72.186,14
06/08/2020	Kelly Cristina Ramos Rocha	Folha de pagamento	R\$ 1.681,29		R\$ 70.504,85
06/08/2020	Lais Marani Silva	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 69.027,06
06/08/2020	Leticia Maiara dos Santos Ferraz	Folha de pagamento	R\$ 2.878,78		R\$ 66.148,28
06/08/2020	Lucas Carvalho dos Santos	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 64.670,49
06/08/2020	Maira Teixeira de Castro	Folha de pagamento	R\$ 1.718,29		R\$ 62.952,20
06/08/2020	Marcia Maiara Possenti	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 61.474,41
06/08/2020	Natalia Pazinato da Silva	Folha de pagamento	R\$ 1.336,40		R\$ 60.138,01
06/08/2020	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 58.660,22
06/08/2020	Patricia Adriana Ferreira	Folha de pagamento	R\$ 1.085,41		R\$ 57.574,81
06/08/2020	Patricia Michele de Almeida	Folha de pagamento	R\$ 1.718,29		R\$ 55.856,52
06/08/2020	Priscila Santos Leite de Almeida	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 54.378,73
06/08/2020	Regina Leila Parro Rodrigues de Sousa	Folha de pagamento	R\$ 2.459,83		R\$ 51.918,90
06/08/2020	Ricardo de Carvalho	Folha de pagamento	R\$ 1.495,15		R\$ 50.423,75
06/08/2020	Thais Boareto da Silva	Folha de pagamento	R\$ 1.755,30		R\$ 48.668,45
06/08/2020	Valeria Cristina de Souza da Cruz	Folha de pagamento	R\$ 3.824,72		R\$ 44.843,73
06/08/2020	FGTS Arrecadação GRF	GRF/FGTS	R\$ 1.477,80		R\$ 43.365,93
06/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	GRF/FGTS	R\$ 6.386,38		R\$ 36.979,55
06/08/2020	Eliana Cristina Rodrigues	Nota Fiscal nº 753573	R\$ 986,04		R\$ 35.993,51
06/08/2020	Mauro Celso Chiavelli	Folha de pagamento	R\$ 1.478,01		R\$ 34.515,50
06/08/2020	Sonia dos Santos Rocha	Folha de pagamento	R\$ 2.931,83		R\$ 31.583,67
06/08/2020	Kataoka e Perez Serviços de Fisioterapia Ltda	Folha de pagamento	R\$ 1.498,31		R\$ 30.085,36
06/08/2020	FGTS Arrecadação GRF	Nota Fiscal nº 20	R\$ 28.000,00		R\$ 2.085,36
10/08/2020	Devolução AHBB Sede	GRF/FGTS	R\$ 2.085,36		R\$ 0,00
10/08/2020	Thomson Reuters Brasil		R\$ -	R\$ 24.316,88	R\$ 24.316,88
10/08/2020	Augusto Valério de Siqueira Papelaria	Nota Fiscal nº 1219931	R\$ 753,07		R\$ 23.563,81
10/08/2020	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 4770	R\$ 297,40		R\$ 23.266,41
10/08/2020	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 65009	R\$ 2.145,80		R\$ 21.120,61
10/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 243409	R\$ 2.568,75		R\$ 18.551,86
10/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 1322807	R\$ 3.313,80		R\$ 15.238,06
10/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 454073	R\$ 2.094,60		R\$ 13.143,46
10/08/2020	Eqq Serviços Técnicos Eireli - EPP	Nota Fiscal nº 99605	R\$ 1.663,46		R\$ 11.480,00
10/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 997	R\$ 9.500,00		R\$ 1.980,00
17/08/2020	Devolução AHBB Sede	Nota Fiscal nº 73566	R\$ 1.980,00		R\$ 0,00
17/08/2020	Tecseg Equipamentos Contra Incendio e Materiais de Segurança Ltda		R\$ -	R\$ 57.184,13	R\$ 57.184,13
17/08/2020	Laboratório São Paulo Análises Clínicas	Nota Fiscal nº 2066	R\$ 934,00		R\$ 56.250,13
17/08/2020	Relógio de Ponto Bauri Ltda	Nota Fiscal nº 49646	R\$ 3.480,82		R\$ 52.769,31
17/08/2020	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 3973-1	R\$ 70,00		R\$ 52.699,31
17/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 241023	R\$ 2.568,75		R\$ 50.130,56
17/08/2020		Nota Fiscal nº 72197	R\$ 1.980,00		R\$ 48.150,56

17/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1110043	R\$ 720,00		R\$ 47.430,56
17/08/2020	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 123546	R\$ 680,00		R\$ 46.750,56
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 451609	R\$ 3.142,32		R\$ 43.608,24
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 97061	R\$ 6.282,17		R\$ 37.326,07
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 101356	R\$ 6.638,70		R\$ 30.687,37
17/08/2020	F B Babeto Me	Nota Fiscal nº 150428	R\$ 179,90		R\$ 30.507,47
17/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1318112	R\$ 1.197,10		R\$ 29.310,37
17/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1324530	R\$ 2.572,67		R\$ 26.737,70
17/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1324549	R\$ 4.869,08		R\$ 21.868,62
17/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1324559	R\$ 687,60		R\$ 21.181,02
17/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 0548020	R\$ 940,00		R\$ 20.241,02
17/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1318660	R\$ 3.820,29		R\$ 16.420,73
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 80430	R\$ 265,01		R\$ 16.155,72
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 455558	R\$ 841,67		R\$ 15.314,05
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 101221	R\$ 4.984,57		R\$ 10.329,48
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 101207	R\$ 3.011,84		R\$ 7.317,64
17/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 455568	R\$ 1.921,55		R\$ 5.396,09
17/08/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 0561	R\$ 711,89		R\$ 4.684,20
17/08/2020	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R\$ 3.676,69		R\$ 1.007,51
17/08/2020	Transferencia		R\$ 60,91		R\$ 946,60
20/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 80424	R\$ 946,60		R\$ 0,00
20/08/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 6.849,70	R\$ 6.849,70
20/08/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 5952	R\$ 5.179,04		R\$ 1.670,66
20/08/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 1708	R\$ 1.670,66		R\$ 0,00
24/08/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 109.659,03	R\$ 109.659,03
24/08/2020	Passarelli Momesso Impressões Ltda EPP	Nota Fiscal nº 4594	R\$ 480,00		R\$ 109.179,03
24/08/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 81828	R\$ 335,72		R\$ 108.843,31
24/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1327428	R\$ 1.453,80		R\$ 107.389,51
24/08/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1327417	R\$ 4.200,00		R\$ 103.189,51
24/08/2020	Center Maq Com de Maquinas e Papeis Ltda	Nota Fiscal nº 20550	R\$ 378,12		R\$ 102.811,39
24/08/2020	Winter - Gestão e Consultoria Médica Ltda EPP	Nota Fiscal nº 332	R\$ 100.794,90		R\$ 2.016,49
24/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 457033	R\$ 1.415,88		R\$ 600,61
24/08/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 102832	R\$ 600,61		R\$ 0,00
26/08/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 4.619,00	R\$ 4.619,00
26/08/2020	Thais Boareto da Silva	férias	R\$ 4.336,00		R\$ 283,00
26/08/2020	Tarifa Bancária	822.390.903.214.599	R\$ 60,00		R\$ 223,00
26/08/2020	Tarifa Bancária	822.390.904.391.015	R\$ 70,00		R\$ 153,00
26/08/2020	Tarifa Bancária	882.390.904.777.111	R\$ 153,00		R\$ 0,00
01/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 443.731,16	R\$ 443.731,16
01/09/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 21289685	R\$ 8.887,72		R\$ 434.843,44
01/09/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 21289689	R\$ 5.791,50		R\$ 429.051,94
01/09/2020	Edilaine Munhoz Maquea	Folha de pagamento	R\$ 2.218,38		R\$ 426.833,56
01/09/2020	Lucas Carvalho dos Santos	Folha de pagamento	R\$ 2.201,79		R\$ 424.631,77
01/09/2020	Gestare Serviços Combinados de Escritório	Nota Fiscal nº 116	R\$ 39.673,50		R\$ 384.958,27

AHBB - Associação Hospitalar Beneficente do Brasil
Sede Administrativa: Av. José Ariano Rodrigues, 303 - Jd. Ariano - Lins/SP - CEP: 16400 - 400 Tel.: +55 14 3532 5198
www.ahbb.org.br



G3320115503519691
01/09/2020 16:02:26

Cliente - Conta atual

Agência 6790-3
Conta corrente 211-9 ASSOCIACAO H B DO BRASIL
Período do extrato 08 / 2020

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
31/07/2020		0000	00000	000 Saldo Anterior			0,00 C
03/08/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	73.348,14 C	
				03/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.301	827,23 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.302	1.023,70 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.303	9.320,85 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.304	5.992,57 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.305	7.871,68 D	
				COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.306	3.456,03 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.307	909,00 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.308	1.713,10 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.309	161,00 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.310	263,59 D	
				BIRIPEL EMBALAGENS LTDA			
03/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.311	2.135,89 D	
				BANCO SOFISA S/A			
03/08/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	80.312	39.673,50 D	0,00 C
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
06/08/2020		0000	14138	632 Ordem Banc?ria	202.008.050.028.144	355.226,00 C	
				463772220003-90 SP-SEC DA FAZENDA E PL			
06/08/2020		6790	99015	470 Transfer?ncia enviada	553.062.007.004.231	247.984,77 D	
				06/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
06/08/2020		0000	13134	250 Folha de Pagamento	40.422	63.875,30 D	
06/08/2020		0000	13105	375 Impostos	80.601	6.386,38 D	
				FGTS ARRECADACAO GRF			
06/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	80.602	986,04 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
06/08/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	80.603	1.478,01 D	
				237 0167 29487360808 ELIANA CRISTINA R			
06/08/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	80.604	2.931,83 D	
				237 0167 36576071884 MAURO CELSO CHIAV			
06/08/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	80.605	1.498,31 D	
				104 1354 30441818870 SONIA DOS SANTOS			
06/08/2020		0000	13105	393 TED Transf.Eletr.Disponiv	80.606	28.000,00 D	
				077 0001 033433450000127 KATAOKA SERVI			
06/08/2020		0000	13105	375 Impostos	80.607	2.085,36 D	0,00 C
				FGTS ARREC GRFGTS-UNICO			
10/08/2020		3062	99015	870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	24.316,88 C	
				10/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
10/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	81.001	753,07 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
10/08/2020		0000	13105	109 Pagamento de Boleto	81.002	297,40 D	

AUGUSTO VALERIO DE SIQUEIRA PAPELARIA					
10/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.003	2.145,80 D	
BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA					
10/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.004	2.568,75 D	
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO					
10/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.005	3.313,80 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
10/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.006	2.094,60 D	
BANCO SOFISA S/A					
10/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.007	1.663,46 D	
BANCO SOFISA S/A					
10/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.008	9.500,00 D	
ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP					
10/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.009	1.980,00 D 0,00 C	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
17/08/2020	3062	99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	57.184,13 C	
17/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B					
17/08/2020	6790	99015 470 Transfer?ncia enviada	550.058.000.059.599	934,00 D	
17/08 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.701	3.480,82 D	
LABORATORIO SAO PAULO					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.702	70,00 D	
RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.703	2.568,75 D	
SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.704	1.980,00 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.705	720,00 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.706	680,00 D	
BIOMEDICAL					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.707	3.142,32 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.708	6.282,17 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.709	6.638,70 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.710	179,90 D	
F B BABETO ME					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.711	1.197,10 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.712	2.572,67 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.713	4.869,08 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.714	687,60 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.715	940,00 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.716	3.820,29 D	
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.717	265,01 D	
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.718	841,67 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.719	4.984,57 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.720	3.011,84 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/08/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	81.721	1.921,55 D	
BANCO SOFISA S/A					
17/08/2020	0000	13105 375 Impostos	81.722	711,89 D	
RFB- DARF PRETO CALCULADO					
17/08/2020	0000	13105 196 INSS Arrecada??o	81.723	3.676,69 D	

17/08/2020	0000	13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	81.724	60,91 D
17/08/2020	0000	756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO		
		13105 109 Pagamento de Boleto	81.725	946,60 D 0,00 C
20/08/2020	3062	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
		99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	6.849,70 C
20/08/2020	0000	20/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
		13105 375 Impostos	82.001	5.179,04 D
20/08/2020	0000	RFB- DARF PRETO CALCULADO		
		13105 375 Impostos	82.002	1.670,66 D 0,00 C
24/08/2020	3062	RFB- DARF PRETO CALCULADO		
		99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	109.659,03 C
24/08/2020	0000	24/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
		13105 109 Pagamento de Boleto	82.401	480,00 D
24/08/2020	0000	PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA EPP		
		13105 109 Pagamento de Boleto	82.402	335,72 D
24/08/2020	0000	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM		
		13105 109 Pagamento de Boleto	82.403	1.453,80 D
24/08/2020	0000	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
		13105 109 Pagamento de Boleto	82.404	4.200,00 D
24/08/2020	0000	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS		
		13105 109 Pagamento de Boleto	82.405	378,12 D
24/08/2020	0000	CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA		
		13105 393 TED Transf.Eletr.Disponiv	82.406	100.794,90 D
24/08/2020	0000	341 0049 026392666000126 WINTER - GEST		
		13105 109 Pagamento de Boleto	82.407	1.415,88 D
24/08/2020	0000	BANCO SOFISA S/A		
		13105 109 Pagamento de Boleto	82.408	600,61 D 0,00 C
26/08/2020	3062	BANCO SOFISA S/A		
		99015 870 Transfer?ncia recebida	553.062.007.004.231	4.619,00 C
26/08/2020	0000	26/08 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B		
26/08/2020	0000	13134 250 Folha de Pagamento	15.364	4.336,00 D
26/08/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.390.903.214.599	60,00 D
		Cobrança referente a 25/08/2020		
26/08/2020	0000	13113 170 Tarifa Modulo	822.390.904.391.015	70,00 D
		Cobrança referente a 25/08/2020		
26/08/2020	0000	13113 435 Tarifa Pacote de Servi?os	882.390.904.777.111	153,00 D 0,00 C
		Cobrança referente a 25/08/2020		
31/08/2020	0000	00000 999 S A L D O		0,00 C

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



G3320115503519691
01/09/2020 16:02:45

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
26/08/2020		0000	00000 000	Saldo Anterior			0,00 C
01/09/2020		3062	03062 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	443.731,16 C	
				01/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
01/09/2020		6790	06790 109	Pagamento de Boleto	90.101	8.887,72 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/09/2020		6790	06790 109	Pagamento de Boleto	90.102	5.791,50 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/09/2020		6790	00006 250	Folha de Pagamento	71.374	4.420,17 D	
01/09/2020		6790	06790 393	TED Transf. Eletr. Disponiv	90.103	39.673,50 D	
				341 0049 034298678000114 GESTARE SERVI			
01/09/2020		0000	00000 999	S A L D O			384.958,27 C
Saldo							384.958,27 C
Juros							0,00
Data de Debito de Juros							30/09/2020
IOF							0,00
Data de Debito de IOF							01/09/2020

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088



Emissão de comprovantes

G3350211366129521
02/09/2020 12:11:25

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615064055413359100002034312383340000082723

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	80.301
NOSSO NUMERO	6150405541
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	01/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	827,23
VALOR COBRADO	827,23

=====

NR.AUTENTICACAO 9.4A2.976.CD0.8A7.8D9

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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. JOSE SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1103475
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0604 0278 9400 0326 5500 1001 1034 7510 0047 9622

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

152203203011887 17/06/2020 19:49:58

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

17/06/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

17/06/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

19:48

FATURA / DUPLICATA

001 01/08/2020 827,23

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

759,34

VALOR DO ICMS

57,52

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

827,23

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

0,00

827,23

NOME / RAZÃO SOCIAL

VEICULO PROPRIO

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

GO

CNPJ/CPF

04027894000326

ENDEREÇO

AV. JOSE SEVERINO, 3530

MUNICÍPIO

CATALAO

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

104444304

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

2,00

2,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
33889	DOBUTAMINA 250MG 50/20ML GEN - TEUTO (Lote: 3637339, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049099	020	6108	CX	1	405,9500	405,95	338,28	40,59		12,00	
37723	MEROPEM 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	
15691	NEOSEMID 40MG C/20CP - NBO QUIMICA (Lote: B20D2373, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30049076	020	6108	CX	1	1,3000	1,30	1,08	0,13		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

UTI MIRANOPOLIS CONVENIO 0107/2017 A/C LAIS

ITENS 1,3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO

ITEM 2 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00

ITEM 3 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

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

ITEM 3

ITEM 3

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 33,68

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 57,52, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 57,52

Pedido: 1179642

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 18/06/2020
ASS. *João*

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615064059063359600002034312483340000102370

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	80.302
NOSSO NUMERO	6150405906
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	01/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.023,70
VALOR COBRADO	1.023,70

=====

NR.AUTENTICACAO 0.82E.72D.39D.7FA.6B9
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

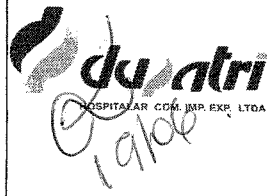
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 69865
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

35200604 0278 9400 0750 5500 1000 0698 6510 0111 0616

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

135200495015939 17/06/2020 21:50:12

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

17/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

17/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

21:48

FATURA / DUPLICATA

001 01/08/2020 1.023,70

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
1.023,70	139,64	0,00	0,00	1.023,70
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
				1.023,70

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 2000787, Qtde: 3, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049045	000	5102	CX	3	47,9000	143,70	143,70	17,24		12,00	
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	600,0000	600,00	600,00	72,00		12,00	
26473	HEMOFOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 20010578, Qtde: 2, Dt Val: 31/0-1/2022 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049099	000	5102	CX	2	140,0000	280,00	280,00	50,40		18,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo 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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANOPOLIS CONVENIO 0107/2017 A/C LAIS
ITEM 1 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 139,64, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 139,64
Pedido: 79119
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 18/06/2020
ASS. *raay*

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090322537201293781658220009783360000932085

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 80.303

DATA DE VENCIMENTO 03/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 03/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 9.320,85

VALOR COBRADO 9.320,85

=====

NR.AUTENTICACAO 1.050.399.FA0.CE2.56F

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 365948 Série C3, emitido em 26/06/2020

20200713u47866934000174

Número da Nota

20483527

Data e Hora de Emissão

27/06/2020 00:55:59

Código de Verificação

GIU-P3RW

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 7915 - Pinheiros - CEP: 05425-070

Município: São Paulo

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02

Inscrição Municipal: ----

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

Município: Lins

UF: SP

E-mail: lgalocio@ipdh.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 39 R\$9.415,00
 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$94,15
 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
 Ped.:22508187 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
 IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,00
 Data de Vencimento: 03/08/2020
 VALOR TOTAL: R\$9.320,85

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	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 365948 Série C3, emitido em 26/06/2020;

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
365948-ND

Data de Emissão
26/06/2020

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 39 R\$9.415,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$94,15
Ped.:22508187 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\$ 9.320,85

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

365948-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 9.320,85

FORMA DE PAGAMENTO

03/08/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 365948 de 26/06/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 675467

Realizado em: 26/06/2020

Valor (R\$): 9.415,00

Método Pagamento: Faturamento

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

Solicitante: ANA CLAUDIA DA SILVA

Ticket Restaurante Eletrônico

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 9.415,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega: 01/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DÍAS 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\$ 245,00
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\$ 245,00
214.801.238-03	2123	ANA P A ZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
301.663.768-50	2336	BIANCA CAETANO COSTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
368.501.738-12	36850173812	BRUNA BERALDO FERRANTE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
377.077.858-86	2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 105,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 262,50
322.986.678-96	2132	DENISE P A LISBOA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
095.608.758-25	9560875825	ELAINE C D BORGES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
294.873.608-08	29487360808	ELIANA C RODRIGUES	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
353.336.248-52	35333624852	GILSON F GUEDES SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00

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

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 9.415,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega: 01/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
379.629.418-98	2127	ISADORA M CASTRO SANTO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 262,50
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\$ 210,00
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\$ 245,00
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\$ 385,00
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 385,00
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
394.946.148-52	2154	NATALIA X N OLIV	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 105,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
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 PRODRIGUES 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\$ 245,00
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\$ 245,00

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

Contrato: 2004030057121

UNIDADE DE ENTREGA	DEPARTAMENTO	DATA DE CRÉDITO	DATA DE ENTREGA	QUANTIDADE BENEFICIÁRIOS	VALOR DO BENEFÍCIO
--------------------	--------------	-----------------	-----------------	--------------------------	--------------------

AHBB SEDE

AHBB MIRANDOPOLIS

01/07/2020

39

R\$ 9.415,00

**TOTAL
BENEFÍCIOS**

39

R\$ 9.415,00

TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL
TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)	R\$ -94,15	1	-R\$ 94,15
TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO			-R\$ 94,15
RESUMO DO PRODUTO			SUB TOTAL
Total de Benefícios			R\$ 9.415,00
Taxas			-R\$ 94,15
TOTAL			R\$ 9.320,85

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090322517211293781658220009483360000599257

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	80.304
DATA DE VENCIMENTO	03/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	5.992,57
VALOR COBRADO	5.992,57

=====

NR.AUTENTICACAO C.116.686.495.567.F09

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de

cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

VA
Mirandópolis

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e RPS Nº 363704 Série C3, emitido em 26/06/2020 20200713u47886934000174	Número da Nota 20483534			
	Data e Hora de Emissão 27/06/2020 00:55:59 Código de Verificação XY1X-IGBF			
PRESTADOR DE SERVIÇOS  CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74 Inscrição Municipal: 5.987.120-2 Nome/Razão Social: TICKET SERVIÇOS S.A Endereço: AV DOUTORA RUTH CARDOSO 7815 - Pinheiros - CEP: 05425-070 Município: São Paulo UF: SP				
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL CPF/CNPJ: 45.349.461/0001-02 Inscrição Municipal: ---- Endereço: AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303, SALA 03 - JARDIM ARIANO - CEP: 16400-400 Município: Lins UF: SP E-mail: lgalocio@ipdh.org.br				
INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----				
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 38 R\$6.053,10 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$60,53 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO Ped.:22508183 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM: IRE 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,00 Data de Vencimento: 03/08/2020 VALOR TOTAL: R\$5.992,57				
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00				
INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	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 363704 Série C3, emitido em 26/06/2020;				

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
363704-ND

Data de Emissão
26/06/2020

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

CLIENTE

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

DISCRIMINAÇÃO

TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 38 R\$6.053,10
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$60,53
Ped.:22508183 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 5.992,57

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

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

NOTA DE DÉBITO Nº

363704-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 5.992,57

FORMA DE PAGAMENTO

03/08/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 363704 de 26/06/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 657041

Realizado em: 26/06/2020

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: 01/07/2020

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	29513668843	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: 01/07/2020

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		01/07/2020	38	R\$ 6.053,10

		TOTAL BENEFÍCIOS	38	R\$ 6.053,10
TAXA	VALOR	BASE	SUB TOTAL	
TAXA DE ADMINISTRACAO TAE (NEGATIVA)	R\$ -60,53	1	-R\$ 60,53	
TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO			-R\$ 60,53	
RESUMO DO PRODUTO			SUB TOTAL	
Total de Benefícios			R\$ 6.053,10	
Taxas			-R\$ 60,53	
TOTAL			R\$ 5.992,57	

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100823118179783370000787168
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 80.305
NOSSO NUMERO 17115360000823118
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 04/08/2020
DATA DO PAGAMENTO 03/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO 7.871,68
VALOR COBRADO 7.871,68
=====

NR.AUTENTICACAO 0.DCC.526.141.F3F.E84
=====

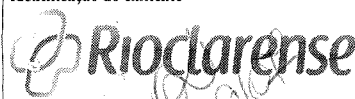
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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. 1318633 FL 1 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3186 3312 7498 4822

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

135200561601573 07/07/2020 20:10:54

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

07/07/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

07/07/2020

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
1318633/1	04/08/2020	7.871,68						

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	
7.871,68	1.416,90	0,00	0,00	7.871,68	
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	7.871,68

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

FRETE POR CONTA

0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

SP

CNPJ

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

R MARIA CERON VOLPE 2260

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

17,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,18729

PESO BRUTO

93,101

PESO LÍQUIDO

93,101

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
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
031248	ATADURA DE CREPE 13F 15CMX4,5M (FORTCLEAN) L: 8173 Q: 12,0000 F: 01/06/20 V: 30/06/2025	90211020	000	5102	PC	12,00	0,5874	7,05	7,05	1,27	0,00	18,00	0,00
031657	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T22889 Q: 500,00 F: 17/06/20 V: 17/06/2023	62101000	000	5102	PC	500,00	14,04	7.020,00	7.020,00	1.263,59	0,00	18,00	0,00
031060	CLOREXIDINA 2% 100ML (VIC PHARMA) L: M27031 Q: 24,0000 F: 01/04/20 V: 30/04/2023	30039099	000	5102	FR	24,00	2,0971	50,33	50,33	9,06	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L: C9246 Q: 12,0000 F: 01/06/20 V: 30/06/2022	33069000	000	5102	FR	12,00	6,6125	79,35	79,35	14,28	0,00	18,00	0,00
031359	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2000ML (DESCAR PACK) L: SBSPAA009C Q: 20,0000 F: 28/02/20 V: 30/01/2025	39269030	700	5102	BO	20,00	3,102	62,04	62,04	11,17	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290527 Q: 500,0000 F: 11/12/19 V: 10/12/2021	38220090	700	5102	TI	500,00	0,59	295,00	295,00	53,10	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

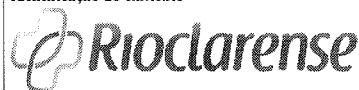
LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP Pais: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 08/07/2020 Pedido: 1662161 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1662161 *** 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 Pais: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP Pais: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 08/07/2020
ASS.

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. **1318633** FL 2 / 2
 SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3186 3312 7498 4822

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

135200561601573 07/07/2020 20:10:54

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
031320	COMPRESSA DE GAZE 13F EST. 7,5X7,5 (MEDPACK) L: 200 5 Q: 4.000,0000 F: 01/05/20 V: 30/05/2023	30059090	000	5102	PC	4.000,00	0,0408	163,20	163,20	29,38	0,00	18,00	0,00
031625	RESPIRADOR DESCARTAVEL PFF2 (3M) L: 2017800390 Q: 30,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2023	63079010	000	5102	PC	30,00	3,9573	118,72	118,72	21,37	0,00	18,00	0,00
027296	COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (DESCARBOX) L: 4500 Q: 20,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2025	48191000	000	5102	PC	20,00	3,3295	66,59	66,59	11,99	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 Brandão Faria" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000092290515301043183380000345603

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 80.306

DATA DE VENCIMENTO 05/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 03/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.456,03

VALOR COBRADO 3.456,03

=====

NR.AUTENTICACAO C.BA1.236.3FA.ACE.F0A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

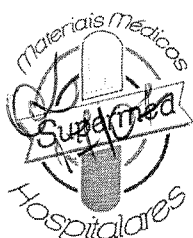
Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**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 451815
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3120 0711 2060 9900 0107 5500 1000 4518 1510 0118 5598

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

131203739406088 08/07/2020 18:46:48

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

08/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

08 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 05/08/2020 3.456,03

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

3.456,03

VALOR DO ICMS

414,72

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.280,39

VALOR DO FRETE

175,64

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

3.456,03

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

1

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1,78

1,78

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
3038	NOREPINEFRINA 2MG/ML(HYPONOR)5- 0AMP 4ML (8MG)-HYPOFARMA LT 20060821 (4)0- 6/22 (Fornecedor: 131, Lote: 20060821, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	4	820,0975	3.280,39	3.456,03	414,72		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS# R 43 B 3...

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 207,36

Pedido: 418593

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: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 10/7/2020

ASS. Indira

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000092290514501049983380000090900

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 , 80.307

DATA DE VENCIMENTO 05/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 03/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 909,00

VALOR COBRADO 909,00

=====

NR.AUTENTICACAO 9.C90.155.E76.14E.A1A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

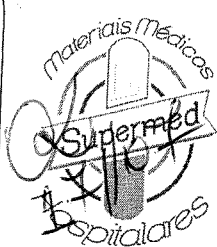
Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088 .

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**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 451599
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3120 0711 2060 9900 0107 5500 1000 4515 9910 0036 2449

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

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
08/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
08 JUL 2020

FATURA / DUPLICATA

001 05/08/2020 909,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	909,00	VALOR DO ICMS	36,36	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	909,00
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DO IPI	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS								VALOR TOTAL DA NOTA	909,00

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
2

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

11,14

PESO LÍQUIDO

11,14

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
27484	EQ.MAC.FL.LL.F/A+P 1,5MT LS C/25-BIOBASE LT BWC8010919 (3)09/22 (Fornecedor: 13545, Lote: BWC8010919, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/0- 9/2019, Data Val: 30/09/2022)	90183999	200	6108	CX	3	23,0000	69,00	69,00	2,76		4,00	
27248	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/2- 0-BOMPACK LT BLNB002 (1)08/24 (Fornecedor: 1837, Lote: BLNB002, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	40151900	200	6108	CX	1	840,0000	840,00	840,00	33,60		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 43 B 3...
ITEM 1 e 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 127,26
Pedido: 419774
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: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 10/7/2020

ASS. Podem

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:18
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615221499043359200002034312683390000171310

BENEFICIARIO: .

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 80.308

NOSSO NUMERO 6152149904

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 06/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 03/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.713,10

VALOR COBRADO 1.713,10

=====

NR.AUTENTICACAO 0.635.55E.8CE.D69.80D

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722 .

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento. .

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARE
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 75744
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0704 0278 9400 0750 5500 1000 0757 4410 0042 7733

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

135200562034443 07/07/2020 23:36:42

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

07/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

07/07/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

23:31

FATURA / DUPLICATA

001 06/08/2020 1.713,10

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
1.686,70	207,02	0,00	0,00	1.713,10
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.713,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE (43)	FRETE POR CONTA O - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS			SP	ISENTO
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			12,00	12,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
37605	BRONQUINHO COLETOR DE SECRECAO 120ML - BIOMEG BIOTEC (Lote: 20A02197, Qtde: 6, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/20-20)	90183929	040	5102	UN	6	4,4000	26,40					
35550	COMP.GAZE 7,5X7,5 09F C/500-CLEAN (Lote: 19420, Qtde: 10, Dt Val: 01/06/2025 ,Data Fab: 01/06/2020)	30059090	000	5102	PCT	10	7,7000	77,00	77,00	13,86		18,00	
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 2000787, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049045	000	5102	CX	2	47,9000	95,80	95,80	11,50		12,00	
17519	ESPIRONOLACTONA 25MG C/3-0CP GEN-EMS (Lote: 1N2030, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/2020)	30043220	500	5102	CX	1	4,5000	4,50	4,50	0,54		12,00	
28934	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML C/6 BOLSA GEN-SANOBIOL (Lote: 20010703, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/20-20)	30049099	000	5102	CX	2	69,0000	138,00	138,00	16,56		12,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PB0561, Qtde: 2, Dt Val: 28/0-2/2022 ,Data Fab: 01/02/2020)	30041019	000	5102	CX	2	680,0000	1.360,00	1.360,00	163,20		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
UTI MIRANOPOLIS AC LAIS CONVENIO 0107/2017EDGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO 585
MIRANDOPOLISJD SANTA ROSA
ITEM 1 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITENS 3 a 7 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 2
ITEM 1 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITENS 3 a 7 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 221,33, Federal, R\$ 14,31, Estadual, R\$ 207,02
Pedido: 85658
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/07/2020
ASS. *Keris*

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 75744
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0704 0278 9400 0750 5500 1000 0757 4410 0042 7733

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

135200562034443 07/07/2020 23:36:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
20562	SIMETICONA 15ML GTS GEN-EMS (Lote: 1Q6-974, Qtde: 6, Dt Val: 30/04/2022 ,Data Fab: 01/04/2020)	30049099	500	5102	FR	6	1,9000	11,40	11,40	1,36		12,00	

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615221501453359800002034312283390000016100

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 80.309

NOSSO NUMERO 6152150145

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 06/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 03/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 161,00

VALOR COBRADO 161,00
=====

NR.AUTENTICACAO 5.913.16C.146.EB8.683
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 1107935
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0704 0278 9400 0326 5500 1001 1079 3510 0007 5118

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

152203249221147 07/07/2020 19:55:03

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

07/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

07/07/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

19:50

FATURA / DUPLICATA

001 06/08/2020 161,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

134,17

VALOR DO ICMS

16,10

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

161,00

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

161,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
VEICULO PROPRIO (90)

ENDEREÇO
AV. JOSE SEVERINO, 3530

QUANTIDADE
1

ESPÉCIE
CAIXAS

MARCA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

MUNICÍPIO
CATALAO

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

GO

CNPJ/CPF

04027894000326
INSCRIÇÃO ESTADUAL
104444304

PESO BRUTO

1,90

PESO LÍQUIDO

1,90

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
35156	ALGODAO HIDROF. 250G - CREMER (Lote: 3501-61942, Qtde: 2, Dt Val: 31/10/2024 ,Data Fab: 01/10/2019)	30059090	020	6108	RL	2	10,0000	20,00	16,67	2,00		12,00	
35966	HIDROCORTISONA 100MG C/50F/A GEN - BLAU (Lote: 20060474, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30043210	020	6108	CX	1	141,0000	141,00	117,50	14,10		12,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UG: 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
UTI MIRANOPOLIS AC LAIS CONVENIO 0107/2017ENTREGAR DR RAUL DA CUNHA BUENO
585MIRANOPOLIS SP JD SANTA ROSA
ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 2 ALIQ.12% CF LBI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 1,20
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 17,77, Federal, R\$ 1,67, Estadual, R\$ 16,10
Pedido: 1184660
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.:ISENTO -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 08/07/2020
ASS. *Raul*

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790014039000001040689011554105583390000026359

BENEFICIARIO:

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

NOME FANTASIA:.

BIRIPEL EMBALAGENS

CNPJ: 03.748.769/0001-80

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 80.310

DATA DE VENCIMENTO 06/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 03/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 263,59

VALOR COBRADO 263,59

=====

NR.AUTENTICACAO 9.A5E.1B6.79A.924.94A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

BIRIPEL EMBALAGENS LTDA

RUA WAGNER RAHAL, 070 CENTRO - CENTRO -
CEP: 16200-242 - BIRIGUI - SP
TEL: (18)3642-4390

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº 000150428 FL. 1 / 1
SÉRIE 001



CHAVE DE ACESSO

3520 0703 7487 6900 0180 5500 1000 1504 2818 0090 2200

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

135200560597337 07/07/2020 15:46:26

NATUREZA DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

214073629113

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

03.748.769/0001-80

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

07/07/2020

ENDEREÇO

RUA SETE SETEMBRO, 529

BAIRRO / DISTRITO

CENTRO

CEP

16210-000

DATA SAÍDA / ENTRADA

07/07/2020

MUNICÍPIO

BILAC

FONE / FAX

(18)3659-1411

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

15:45:54

FATURA

PAGAMENTO

NÚMERO

VALOR ORIGINAL

VALOR DESCONTO

VALOR LÍQUIDO

DADOS DA FATURA

150428

263,59

0,00

263,59

DUPLICATAS

Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR	Nº DUPLICATA	VENC.	VALOR
001	06/08/2020	263,59									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE CÁLC. ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
188,70	33,97	0,00	0,00	31,00	263,59
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESS.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	263,59

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	0 - REMETENTE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO DO PROD. / SERV.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESCONTO	VALOR LÍQUIDO	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
0000000007038	ALCOOL GEL MEGA 4,5 KG	38089429	000	5102	und	2,00	49,00	0,00	98,00	98,00	17,64	0,00	18,00	0,00
0000000002549	BOBINA PLAST. PICOTADA 50X70	39201010	000	5102	kg	7,25	12,51	0,00	90,70	90,70	16,33	0,00	18,00	0,00
0000000006748	COPO PLAST. 180 ML. TRANSP. PS CX C/2500	39241000	060	5405	cx	1,00	62,99	0,00	62,99	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0000000000321	DETERGENTE NEUTRO 5 LTS	34022000	060	5405	gl	1,00	11,90	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTOS: Valor Aproximado dos Tributos R\$: 28,86 Federal, 2,14 Estadual e 0,00 Municipal - Fonte: IBPT/empresometro.com.br (D26078).

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 9 / 17 / 20

ASS. *Leibel C. de Sá*

Transmitido por DocFix

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 . 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000092294680101048183390000213589

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	80.311
DATA DE VENCIMENTO	06/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	03/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.135,89
VALOR COBRADO	2.135,89

=====

NR.AUTENTICACAO 9.910.55D.F98.BBE.1D4

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

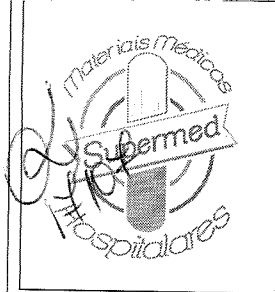
0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**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
1-SAIDA

Nº 97363
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0973 6310 0022 2043

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

135200568549013 09/07/2020 12:43:34

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
09/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA/SAÍDA
09 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 06/08/2020 2.135,89

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
2.135,89	256,31	0,00	0,00	2.135,89
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
				2.135,89

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
1

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1,60

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
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLA-BOR LT AB-058/20 (4) 05/2022 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-058/20, Qtde: 4, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	4	533,9725	2.135,89	2.135,89	256,31		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

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

Pedido: 97175

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

COMERCIAL

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

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,00

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 13/7/20

ASS. Leil C de Souza

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR

CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

VALOR: R\$ 39.673,50

DEBITO EM: 03/08/2020

=====

DOCUMENTO: 080312

AUTENTICACAO SISBB: 6.F5E.C34.CA0.611.0E5

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e 20200803034298678000114	Número da Nota 00000106			
	Data e Hora de Emissão 03/08/2020 10:28:46			
	Código de Verificação E9PE-SARJ			
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: 07/2020 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

03/08/2020
 211

06/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:15:08
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	06/08/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	247.984,77

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

NR.AUTENTICACAO	A.27C.956.69F.D74.4D1
-----------------	-----------------------

J: 45.349.461/0008-89
ulo: Folha Mensal
petência: 07/2020

Emissão: 05/08/2020
Horas: 17:19:46

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.718,29
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.639,14
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGA	295.556.788-47	3.018,10
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.477,79
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.718,29
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.556,61
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.642,39
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.788,44
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.717,28
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	689,67
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	1.718,31
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.526,69
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISB	322.986.678-96	1.661,64
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.718,29
2135	ELILENE 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	1.477,79
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	322.167.988-27	1.477,79
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SAN	379.629.418-98	1.262,87
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.290,13
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.681,29
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.477,79
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.878,78
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FER	427.001.668-09	1.477,79
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.718,29
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.477,79
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.336,40
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	2.931,83
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.477,79
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	1.085,41
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.718,29
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.477,79
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.459,83
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.495,15
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.755,30
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	304.418.188-70	1.498,31
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	3.824,72
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.477,80
Empregados: 39			
Estagiários: 0			
Contribuintes: 0			
Total da Empresa:			69.783,45

MIRANDOPOLIS, 05/08/2020

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: 07/2020

Emissão: 03/08/2020
Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

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

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS	24,00	2.038,73 P	998 I.N.S.S.	9,34	274,75 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	6,00	509,68 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	28,86 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	41,80 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34 P			

2 Proventos:	2.942,75	Descontos:	303,61	Informativa:	235,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.639,14
1 Base INSS:	2.942,75	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.942,75	Valor FGTS:	235,42	Base IRRF:	2.288,82

Período igual ou inferior a 15 dias: 29/06/2020 a 01/07/2020

Período igual ou inferior a 15 dias: 06/07/2020 a 09/07/2020

Período igual ou inferior a 15 dias: 13/07/2020 a 13/07/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,95	346,03 D
150 HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	115,19 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	111,17	515,10 P			

0 Proventos:	3.479,32	Descontos:	461,22	Informativa:	278,34	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.018,10
0 Base INSS:	3.479,32	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.479,32	Valor FGTS:	278,34	Base IRRF:	3.133,29

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

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

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

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

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

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

Convênio nº 0107/2011
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

PJ: 45.349.461/0008-89 Emissão: 03/08/2020
 Culo: Folha Mensal Horas: 15:16:21
 npetência: 07/2020

EXTRATO MENSAL

Pr.: 2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA Situação: Trabalhando CPF: 014.000.604-43 PIS: 160.99087.56-8
 Jo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 23/07/2018 CTPS/Série: 29379/00026
 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	16,00	745,45 P	998 I.N.S.S.	8,07	136,71 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	14,00	652,26 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	97,53 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	34,08	86,61 P			

3 Proventos:	1.693,32	Descontos:	136,71	Informativa:	135,46	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.556,61
0 Base INSS:	1.693,32	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.693,32	Valor FGTS:	135,46	Base IRRF:	987,84

na período igual ou inferior a 15 dias: 02/07/2020 a 15/07/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,36	277,33 D
150 HORAS EXTRAS	11,00	206,81 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	44,50 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			

1 Proventos:	2.964,22	Descontos:	321,83	Informativa:	237,13	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.642,39
1 Base INSS:	2.964,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.964,22	Valor FGTS:	237,13	Base IRRF:	2.497,30

Pr.: 2977 BRUNA BERALDO FERRANTE Situação: Trabalhando CPF: 368.501.738-12 PIS: 209.83236.77-6
 Jo: 56 ENFERMEIRO (A) Vínculo: Celetista Adm: 20/12/2019 CTPS/Série: 072644/00315
 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,54	302,05 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	15,00	74,67 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	407,75 P			

0 Proventos:	3.165,16	Descontos:	376,72	Informativa:	253,21	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.788,44
0 Base INSS:	3.165,16	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.165,16	Valor FGTS:	253,21	Base IRRF:	2.863,11

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

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

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,16	152,61 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	103,56	263,18 P			

1 Proventos:	1.869,89	Descontos:	152,61	Informativa:	149,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.717,28
1 Base INSS:	1.869,89	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.869,89	Valor FGTS:	149,59	Base IRRF:	1.527,69

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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: 07/2020

Emissão: 03/08/2020
Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

Pr.: 2752 CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME Situação: Trabalhando CPF: 295.136.688-43 PIS: 128.09298.18-3
Jo: 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	14,00	652,26 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	788,94 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	0,90	0,90 P	812 INSS FERIAS	8,02	68,88 D
807 VANTAGENS FERIAS	111,47	111,47 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	3,89 D
8783 DIAS FERIAS	16,00	745,45 P	998 I.N.S.S.	7,50	56,23 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53 P			

1 Proventos:	1.607,61	Descontos:	917,94	Informativa:	128,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	689,67
0 Base INSS:	1.607,61	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.607,61	Valor FGTS:	128,60	Base IRRF:	500,08

IAS DE 17/06/2020 - 16/07/2020

Pr.: 2772 DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA Situação: Trabalhando CPF: 218.471.208-65 PIS: 125.02011.74-6
Jo: 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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	8,06	133,76 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96 P			

0 Proventos:	1.660,45	Descontos:	133,76	Informativa:	132,83	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.526,69
0 Base INSS:	1.660,45	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.660,45	Valor FGTS:	132,83	Base IRRF:	1.526,69

Pr.: 2132 DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE S Situação: Trabalhando CPF: 322.986.678-96 PIS: 204.40341.55-2
Jo: 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.	8,13	147,10 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	79,50	202,03 P			

2 Proventos:	1.808,74	Descontos:	147,10	Informativa:	144,69	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.661,64
1 Base INSS:	1.808,74	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.808,74	Valor FGTS:	144,69	Base IRRF:	1.282,46

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

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

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

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

Nr.: 2135 EDILENE MANOEL
 Culo: 71 TEC. ENFERMAGEM
 npetência: 900

45.349.461/0008-89
 Folha Mensal
 07/2020

Emissão: 03/08/2020
 Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

Nr.: 2135 EDILENE MANOEL
 jo: 71 TEC. ENFERMAGEM
 900

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 600

CPF: 291.914.308-52
 Adm: 04/10/2017
 Filial: 1

PIS: 209.15153.56-9
 CTPS/Série: 11009/00240
 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

Nr.: 2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
 jo: 71 TEC. ENFERMAGEM
 900

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 600

CPF: 095.608.758-25
 Adm: 04/10/2017
 Filial: 1

PIS: 126.22542.14-5
 CTPS/Série: 040637/00115
 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

Nr.: 2992 ELIANA CRISTINA RODRIGUES
 jo: 71 TEC. ENFERMAGEM
 900

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 600

CPF: 294.873.608-08
 Adm: 19/02/2020
 Filial: 1

PIS: 209.15162.89-4
 CTPS/Série: 054694/0154
 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

Nr.: 3207 GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS
 jo: 71 TEC. ENFERMAGEM
 900

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 600

CPF: 353.336.248-52
 Adm: 04/05/2020
 Filial: 1

PIS: 129.46805.26-5
 CTPS/Série: 09639/00312
 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

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

nça período igual ou inferior a 15 dias: 09/07/2020 a 09/07/2020

Nr.: 2137 GISLAINE MACHADO MORABITO
 jo: 71 TEC. ENFERMAGEM
 900

Situação: Trabalhando
 Vínculo: Celetista
 Depto: 600

CPF: 322.167.988-27
 Adm: 04/10/2017
 Filial: 1

PIS: 132.60974.45-7
 CTPS/Série: 09639/00312
 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

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
07/2020

Emissão: 03/08/2020
Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	29,00	1.151,77 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	44,13 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	1,21	1,21 P	812 INSS FERIAS	7,91	3,77 D
807 VANTAGENS FERIAS	6,97	6,97 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	0,54 D
8783 DIAS FERIAS	1,00	39,72 P	998 I.N.S.S.	7,86	107,72 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33 P			

0 Proventos:	1.419,03	Descontos:	156,16	Informativa:	113,52	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.262,87
0 Base INSS:	1.419,03	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.419,03	Valor FGTS:	113,52	Base IRRF:	1.262,87

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

Nome: 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
Cargo: 900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998 I.N.S.S.	7,88	110,36 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			

0 Proventos:	1.400,49	Descontos:	110,36	Informativa:	112,03	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.290,13
0 Base INSS:	1.400,49	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.400,49	Valor FGTS:	112,03	Base IRRF:	1.290,13

Nome: 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
Cargo: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

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

2 Proventos:	1.830,34	Descontos:	149,05	Informativa:	146,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.681,29
1 Base INSS:	1.830,34	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.830,34	Valor FGTS:	146,42	Base IRRF:	1.302,11

Nome: 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
Cargo: 900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 1.397,71

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

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

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

8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,67	314,97 D
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	63,66 D
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 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

Período de licença maternidade: 30/06/2020 a 27/10/2020

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
07/2020

Emissão: 03/08/2020
Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	24,00	1.118,17 P	998	I.N.S.S.	8,02	128,92 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	6,00	279,54 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	41,80 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

na período igual ou inferior a 15 dias: 13/07/2020 a 18/07/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,71 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				
0 Proventos:	1.871,00	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.718,29
0 Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS: 149,68 Base IRRF: 1.718,29

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33 P	998	I.N.S.S.	7,92	114,93 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
0 Proventos:	1.451,33	Descontos:	114,93	Informativa:	116,10	Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.336,40
0 Base INSS:	1.451,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.451,33	Valor FGTS: 116,10 Base IRRF: 1.336,40

Pr.: 3021 MAURO CELSO CHIAVELLI Situação: Trabalhando CPF: 365.760.718-84 PIS: 203.20305.12-5
go: 60 FARMACEUTICO (A) Vínculo: Celetista prazo determinado Adm: 01/04/2020 CTPS/Série: 008149/00315
900 Depto: 700 Filial: 1 Salário: 2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,72	320,16 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	48,86	48,86 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	91,35 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07 P				
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P				
0 Proventos:	3.343,34	Descontos:	411,51	Informativa:	263,55	Informativa Dedutora: 0 Líquido: 2.931,83
0 Base INSS:	3.294,48	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.294,48	Valor FGTS: 263,55 Base IRRF: 2.974,32

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

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Data: 07/2020

Emissão: 03/08/2020
Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

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

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

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

8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	13,00	1.104,31 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	1.537,98 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	176,95	176,95 P	812 INSS FERIAS	9,45	164,28 D
807 VANTAGENS FERIAS	118,43	118,43 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	17,62 D
8783 DIAS FERIAS	17,00	1.444,10 P	998 I.N.S.S.	7,69	91,85 D
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	90,57 P	942 IRRF FERIAS	7,50	37,22 D
0 Proventos:	2.934,36	Descontos:	1.848,95	Informativa:	234,75
0 Base INSS:	2.934,36	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.934,36
				Informativa Dedutora:	0,01
				Valor FGTS:	234,74
				Líquido:	1.085,41
				Base IRRF:	1.085,41

Período superior a 15 dias: 18/07/2020 a 15/09/2020

IAS DE 18/06/2020 - 17/07/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,16	152,71 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P			
0 Proventos:	1.871,00	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68
0 Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00
				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	149,68
				Líquido:	1.718,29
				Base IRRF:	1.718,29

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998 I.N.S.S.	9,16	252,51 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	7,50	45,07 D
0 Proventos:	2.757,41	Descontos:	297,58	Informativa:	220,59
0 Base INSS:	2.757,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.757,41
				Informativa Dedutora:	0
				Valor FGTS:	220,59
				Líquido:	2.459,83
				Base IRRF:	2.504,90

CPF: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
07/2020

Emissão: 03/08/2020
Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	24,00	953,19 P	998 I.N.S.S.	8,04	130,64 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTÉ	6,00	238,30 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	41,80 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	225,30 P			

1 Proventos:	1.625,79	Descontos:	130,64	Informativa:	130,06	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.495,15
1 Base INSS:	1.625,79	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.625,79	Valor FGTS:	130,06	Base IRRF:	1.305,56

na período igual ou inferior a 15 dias: 26/07/2020 a 01/08/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998 I.N.S.S.	8,18	156,36 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95 P			

0 Proventos:	1.911,66	Descontos:	156,36	Informativa:	152,93	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.755,30
0 Base INSS:	1.911,66	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.911,66	Valor FGTS:	152,93	Base IRRF:	1.755,30

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

8781 DIAS NORMAIS	12,00	559,18 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	3,00	160,69 D
8785 DIAS AFAST. INSS (P/DOENÇA)	3,00	139,79 P	998 I.N.S.S.	8,04	130,95 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTÉ	15,00	698,98 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60 P			
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	20,90 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	104,50 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	183,00 P			

0 Proventos:	1.789,95	Descontos:	291,64	Informativa:	130,34	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.498,31
0 Base INSS:	1.629,26	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.629,26	Valor FGTS:	130,34	Base IRRF:	1.498,31

na período igual ou inferior a 15 dias: 13/07/2020 a 27/07/2020
o afast. mesma doença: 28/07/2020 a 21/09/2020

Pr.: 33 THAIS BOARETO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 329.168.118-50 PIS: 134.51447.81-8
Jo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Vínculo: Celetista Adm: 15/09/2014 CTPS/Série: 22778/315
900 Depto: 600 Filial: 1 Salário: 2.886,86

294 PARCELA DIFERENÇA 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
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:	4.620,04	Descontos:	795,32	Informativa:	369,60	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.824,72
0 Base INSS:	4.620,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	4.620,04	Valor FGTS:	369,60	Base IRRF:	4.114,31

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	Emissão:	03/08/2020
Cargo:	Folha Mensal	Horas:	15:16:21
Competência:	07/2020		

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	15,00	698,86 P	998 I.N.S.S.	8,02	128,92 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	15,00	698,86 P			
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	104,50 P			
2 Proventos:	1.606,72	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53
1 Base INSS:	1.606,72	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,72
				Valor FGTS:	128,53
				Base IRRF:	1.098,62

Período igual ou inferior a 15 dias: 03/07/2020 a 17/07/2020

Total Geral Proventos:	82.796,81	Total Geral Descontos:	13.013,36
		Líquido Geral:	69.783,45

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	740,00	7.154,76 P	812 INSS FERIAS	25,38	236,93 D
27 ADICIONAL RT	1.561,58	1.561,58 P	821 INSS DIFERENCA FERIAS	0,00	22,05 D
150 HORAS EXTRAS	22,00	413,62 P	937 ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00	2.371,05 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	48,86	48,86 P	942 IRRF FERIAS	7,50	37,22 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P	998 I.N.S.S.	326,56	6.675,12 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.600,31	4.497,00 P	999 IMPOSTO DE RENDA	97,50	752,89 D
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	33,00	2.918,10 D
806 MEDIA HORAS FERIAS	179,06	179,06 P			
807 VANTAGENS FERIAS	236,87	236,87 P			
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	40,00	229,90 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.027,00	55.079,69 P			
8783 DIAS FERIAS	34,00	2.229,27 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	33,00	2.688,20 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	76,00	4.228,52 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	160,00	529,47 P			
				Líquido Geral:	69.783,45

PJ: 45.349.461/0008-89
Folha Mensal
Competência: 07/2020

Emissão: 03/08/2020
Horas: 15:16:21

EXTRATO MENSAL

Situações

Número de empregados:	40	Salário contribuição empregados:	79.829,85	Base IRRF Mensal:	65.747,73
Número de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	752,89
Trabalhando:	38	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	2.307,16
Estado direitos integrais:	0	Base total:	79.829,85	Valor IRRF Férias:	37,22
Estado acidente de trabalho:	0	Segurados:	6.934,10	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Estado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Período maternidade:	1	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Período maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Idade:	1	Sub-Total:	6.934,10	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Idade Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Idade sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	3.257,41	Valor Total do IRRF:	790,11
Indivíduo:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Indivíduo ferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Idade:	0	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	79.829,85
Estado sindical:	0	Total:	3.676,69	Valor do FGTS:	6.386,20
Representatividade:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Idade, curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	3.676,69	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Idade justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Idade motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Idade missões:	0			Base FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
Número de contribuintes:	0			FGTS mes ant. - GRRF:	0,00
				Base PIS:	0,00
				Valor PIS:	0,00
				Base ISS:	0,00
				Valor ISS:	0,00
				Líquido Geral:	69.783,45

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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71
			Valor Líquido →	1.718,29
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.528,70
				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
Julho 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%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71
			Valor Líquido →	1.718,29
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 108306-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.528,70
				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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 2.639,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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 seiscentos e trinta e nove reais e catorze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	24,00	2.038,73	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	509,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34	
998	I.N.S.S.	9,34		274,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		28,86

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.942,75	303,61
			Valor Líquido →	2.639,14

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	2.942,75	2.942,75	235,42	2.288,82	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
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	24,00	2.038,73	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	509,68	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	185,34	
998	I.N.S.S.	9,34		274,75
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		28,86

			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.942,75	303,61
			Valor Líquido →	2.639,14

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	2.942,75	2.942,75	235,42	2.288,82	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 3.018,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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.

(Três mil e dezoito reais e dez centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,17	515,10	
998	I.N.S.S.	9,95		346,03
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		115,19
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.479,32	461,22
			Valor Líquido →	3.018,10
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19432-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	3.479,32	3.479,32	278,34	3.133,29
				Faixa IRRF
				15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,17	515,10	
998	I.N.S.S.	9,95		346,03
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		115,19
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.479,32	461,22
			Valor Líquido →	3.018,10
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19432-8				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF
2.548,41	3.479,32	3.479,32	278,34	3.133,29
				Faixa IRRF
				15,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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

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

UNCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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

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

UNCO DO BRASIL 1
Conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71
			Valor Líquido ➡	1.718,29

ANCO DO BRASIL 1						
Conta corrente: 19476-x		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	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29	0,00	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71
			Valor Líquido ➡	1.718,29

ANCO DO BRASIL 1						
Conta corrente: 19476-x		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	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29	0,00	

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.556,61 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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 quinhentos e cinqüenta e seis reais e sessenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	16,00	745,45	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	652,26	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,53	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	34,08	86,61	
998	I.N.S.S.	8,07		136,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.693,32	136,71
			Valor Líquido	1.556,61
		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS
		1.397,71	1.693,32	1.693,32
		F.G.T.S do Mês		Base Calc. IRRF
		135,46		Faixa IRRF
				987,84
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	16,00	745,45	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	14,00	652,26	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	111,47	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	97,53	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	34,08	86,61	
998	I.N.S.S.	8,07		136,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.693,32	136,71
			Valor Líquido	1.556,61
		Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS
		1.397,71	1.693,32	1.693,32
		F.G.T.S do Mês		Base Calc. IRRF
		135,46		Faixa IRRF
				987,84
				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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 2.642,39 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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	
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		
Conta: 111247-3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	2.964,22	2.964,22	237,13	2.497,30
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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	
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		
Conta: 111247-3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	2.964,22	2.964,22	237,13	2.497,30
				Faixa IRRF
				7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 2.788,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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 setecentos e oitenta 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	407,75	
998	I.N.S.S.	9,54		302,05
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		74,67
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.165,16	376,72
			Valor Líquido →	2.788,44
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			2.548,41	3.165,16
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			3.165,16	253,21
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.863,11	15,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88948-2

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
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	407,75	
998	I.N.S.S.	9,54		302,05
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		74,67
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.165,16	376,72
			Valor Líquido →	2.788,44
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			2.548,41	3.165,16
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			3.165,16	253,21
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.863,11	15,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88948-2

Agência: 0295 - X

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 , Valor R\$ 1.717,28 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e dezessete reais e vinte e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	152,61	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,56	263,18		
998	I.N.S.S.	8,16			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.869,89	152,61	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19425-5 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.717,28	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.869,89	1.869,89	149,59	1.527,69	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
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	152,61
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	103,56	263,18	
998	I.N.S.S.	8,16		
			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	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.869,89	152,61
			Valor Líquido ➡	1.717,28
BANCO 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
1.397,71	1.869,89	1.869,89	149,59	1.527,69
				Faixa IRRF
				0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 689,67 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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.

(Seiscentos e oitenta e nove reais e sessenta e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	14,00	652,26	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,90	0,90	
807	VANTAGENS FERIAS	111,47	111,47	
3783	DIAS FERIAS	16,00	745,45	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		788,94
812	INSS FERIAS	8,02		68,88
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,89
998	I.N.S.S.	7,50		56,23
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.607,61	917,94
			Valor Líquido ➡	689,67

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta: 20619-9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.607,61	1.607,61	128,60	500,08	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	14,00	652,26	
806	MEDIA HORAS FERIAS	0,90	0,90	
807	VANTAGENS FERIAS	111,47	111,47	
3783	DIAS FERIAS	16,00	745,45	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		788,94
812	INSS FERIAS	8,02		68,88
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		3,89
998	I.N.S.S.	7,50		56,23
			Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 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
			1.607,61	917,94
			Valor Líquido ➡	689,67

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta: 20619-9					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.607,61	1.607,61	128,60	500,08	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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.718,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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
BANCO DO BRASIL 1				Valor Líquido ➡	1.718,31
Conta: 20671-7					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.871,02	1.871,02	149,68	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

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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
BANCO DO BRASIL 1				Valor Líquido ➡	1.718,31
Conta: 20671-7					
Agência: 448 -- 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.871,02	1.871,02	149,68	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

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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.526,69 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e vinte e seis reais e sessenta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96	
998	I.N.S.S.	8,06		133,76
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.660,45	133,76
			Valor Líquido ➡	1.526,69

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 19413-1					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.660,45	1.660,45	132,83	1.526,69	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
Julho de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	259,96	
998	I.N.S.S.	8,06		133,76
			Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 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
			1.660,45	133,76
			Valor Líquido ➡	1.526,69

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 19413-1					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.660,45	1.660,45	132,83	1.526,69	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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.661,64 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e sessenta e um 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: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	147,10
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	79,50	202,03	
998	I.N.S.S.	8,13		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.808,74	147,10

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	1.808,74	1.808,74	144,69	1.282,46	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
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	147,10
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	79,50	202,03	
998	I.N.S.S.	8,13		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.808,74	147,10

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	1.808,74	1.808,74	144,69	1.282,46	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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	152,71
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 14727-3

Agência: 448 - 0

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 04 DE AGOSTO ***

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
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	152,71
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 14727-3

Agência: 448 - 0

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

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 04 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL 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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.606,71	1.288,20
			FGTS do Mês	Faixa IRRF
			128,53	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19434-4

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
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2135	EDILENE MANOEL 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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Calc. FGTS	Base Calc. IRRF
			1.606,71	1.288,20
			FGTS do Mês	Faixa IRRF
			128,53	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19434-4

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ➡	1.477,79
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 108275-2				

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
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		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 Brandão' de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 108275-2				

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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 setenta e sete reais e setenta e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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	
3230	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 Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
1.397,71		1.606,71	1.606,71	128,53
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.288,20	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 27922-6

Agência: 0178 - 3

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
Julho de 2020

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

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	
3230	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 Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
1.397,71		1.606,71	1.606,71	128,53
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.288,20	0,00

BANCO DO BRASIL 1
Conta: 27922-6

Agência: 0178 - 3

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO 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
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
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.098,61
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO 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		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.606,71	128,92	
			Valor Líquido ➡	1.477,79	
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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.262,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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 duzentos e sessenta e dois reais e oitenta e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.151,77	
806	MEDIA HORAS FERIAS	1,21	1,21	
807	VANTAGENS FERIAS	6,97	6,97	
3783	DIAS FERIAS	1,00	39,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		44,13
812	INSS FERIAS	7,91		3,77
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,54
998	I.N.S.S.	7,86		107,72
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.419,03	156,16

BANCO 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	1.419,03	1.419,03	113,52	1.262,87	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
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	29,00	1.151,77	
806	MEDIA HORAS FERIAS	1,21	1,21	
807	VANTAGENS FERIAS	6,97	6,97	
3783	DIAS FERIAS	1,00	39,72	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	202,03	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	17,33	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		44,13
812	INSS FERIAS	7,91		3,77
821	INSS DIFERENCA FERIAS	0,00		0,54
998	I.N.S.S.	7,86		107,72
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.419,03	156,16

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

BANCO 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	1.419,03	1.419,03	113,52	1.262,87	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.290,13 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e duzentos e noventa reais e treze centavos)

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	7,88		110,36
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.400,49	110,36
			Valor Líquido ➡	1.290,13
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.191,49	1.400,49
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.400,49	112,03
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.290,13	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: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	7,88		110,36
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.400,49	110,36
			Valor Líquido ➡	1.290,13
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.191,49	1.400,49
			Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.400,49	112,03
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.290,13	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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.681,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e oitenta e um reais e vinte e nove centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	149,05
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.830,34	149,05
			Valor Líquido ➡	1.681,29
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.830,34
			Base Cál. FGTS	Base Cál. IRRF
			1.830,34	1.302,11
			FGTS do Mês	Faixa IRRF
			146,42	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 107885-2

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
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	149,05
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.830,34	149,05
			Valor Líquido ➡	1.681,29
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.830,34
			Base Cál. FGTS	Base Cál. IRRF
			1.830,34	1.302,11
			FGTS do Mês	Faixa IRRF
			146,42	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 107885-2

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 Brandão" de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	128,92
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ⇒	1.477,79
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19414-X				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	128,92
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ⇒	1.477,79
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19414-X				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79
				Faixa IRRF
				0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 2.878,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a LAIS MARANI SILVA, na conta 20.679, agência 0448 do banco 001.

(Dois mil e oitocentos e setenta e oito reais e setenta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,66
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.257,41	378,63
			Valor Líquido →	2.878,78
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta salário: 20679-2			2.548,41	3.257,41
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			3.257,41	260,59
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.752,85	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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
3784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00	
3011	INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	9,67		314,97
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		63,66
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.257,41	378,63
			Valor Líquido →	2.878,78
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0	Salário Base	Sal. Contr. INSS
Conta salário: 20679-2			2.548,41	3.257,41
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			3.257,41	260,59
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			2.752,85	7,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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	24,00	1.118,17	
3870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	279,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80	
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				
Conta corrente: 19003-9				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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	24,00	1.118,17	128,92
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	279,54	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80	
998	I.N.S.S.	8,02		
			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	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.606,71	128,92
			Valor Líquido ➡	1.477,79
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19003-9				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79
				Faixa IRRF
				0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
HOSPITAL ESTADUAL
UGB: 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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 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%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71
			Valor Líquido →	1.718,29
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.871,00
			Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.871,00	149,68
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.718,29	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
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS 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%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71
			Valor Líquido →	1.718,29
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.871,00
			Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.871,00	149,68
			Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
			1.718,29	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

G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cálcl. 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
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO 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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Cálcl. FGTS	FGTS do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cálcl. 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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.336,40 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a MARCIA MAIARA POSSENTI, na conta 16.147, agência 0448 do banco 001.

(Um mil e trezentos e trinta e seis reais e quarenta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			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 Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.477,79	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 26458-X

Agência: 373 - 5

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			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 Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Cálcl. IRRF	Faixa IRRF
			1.477,79	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 26458-X

Agência: 373 - 5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.085,41 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, 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 oitenta e cinco reais e quarenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	13,00	1.104,31	
806	MEDIA HORAS FERIAS	176,95	176,95	
807	VANTAGENS FERIAS	118,43	118,43	
3783	DIAS FERIAS	17,00	1.444,10	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	90,57	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.537,98
812	INSS FERIAS	9,45		164,28
821	INSS DIFERENÇA FERIAS	0,00		17,62
998	I.N.S.S.	7,69		91,85
942	IRRF FERIAS	7,50		37,22
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.934,36	1.848,95
			Valor Líquido ➡	1.085,41

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19553-7

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.934,36	2.934,36	234,74	1.085,41	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
NPJ: 45.349.461/0008-89CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	13,00	1.104,31	
806	MEDIA HORAS FERIAS	176,95	176,95	
807	VANTAGENS FERIAS	118,43	118,43	
3783	DIAS FERIAS	17,00	1.444,10	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	90,57	
937	ADIANTAMENTO DE FERIAS	0,00		1.537,98
812	INSS FERIAS	9,45		164,28
821	INSS DIFERENÇA FERIAS	0,00		17,62
998	I.N.S.S.	7,69		91,85
942	IRRF FERIAS	7,50		37,22
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.934,36	1.848,95
			Valor Líquido ➡	1.085,41

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19553-7

Agência: 448 - 0

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.934,36	2.934,36	234,74	1.085,41	0,00

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 01 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.718,29 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA 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%	104,00	264,29	
998	I.N.S.S.	8,16		152,71
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.871,00	152,71
			Valor Líquido ➡	1.718,29
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19428-X				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cálcl. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cálcl. IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA 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%	104,00	264,29		
998	I.N.S.S.	8,16		152,71	
			Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001.2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGE: 090196. - Hospital Estadual 'Dr. Oswaldo Brandli Faria' de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.871,00	152,71	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.718,29	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandli Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA 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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.288,20	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA 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
			Salário Base	Sal. Contr. INSS
			1.397,71	1.606,71
			Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês
			1.606,71	128,53
			Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
			1.288,20	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 7812-3

Agência: 448 - 0

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lançamento

G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

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

Data 06/08/2020 . Valor R\$ 2.459,83 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e quatrocentos e cinquenta e nove reais e oitenta e três centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA 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	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,07
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.757,41	297,58
			Valor Líquido ➡	2.459,83

ANCO DO BRASIL 1	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19439-5	2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.504,90	7,50

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
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA 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	
998	I.N.S.S.	9,16		252,51
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,07
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.757,41	297,58
			Valor Líquido ➡	2.459,83

ANCO DO BRASIL 1	Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
Conta corrente: 19439-5	2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.504,90	7,50

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.495,15 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e noventa e cinco reais e quinze centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	24,00	953,19	130,64	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	238,30		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20		
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	225,30		
998	I.N.S.S.	8,04			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.625,79	130,64	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.495,15	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.191,49	1.625,79	1.625,79	130,06	1.305,56	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	24,00	953,19	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	6,00	238,30	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	167,20	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	41,80	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	225,30	
998	I.N.S.S.	8,04		130,64
			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: Custo	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.625,79	130,64
			Valor Líquido ➡	1.495,15
BANCO DO BRASIL 1				
Conta corrente: 19429-8				
Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.625,79	1.625,79	130,06	1.305,56
				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' de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.755,30 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e cinquenta e cinco reais e trinta centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
2157	RICARDO DE CARVALHO 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%	120,00	304,95	
998	I.N.S.S.	8,18		156,36
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.911,66	156,36
			Valor Líquido ➡	1.755,30
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0		
Conta corrente: 19423-9				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.911,66	1.911,66	152,93	1.755,30
				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
Julho de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	120,00	304,95		
998	I.N.S.S.	8,18		156,36	
			Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 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	
			1.911,66	156,36	
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19423-9			Valor Líquido ➡	1.755,30	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.911,66	1.911,66	152,93	1.755,30	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 3.824,72 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

(Três mil e oitocentos e vinte e quatro reais e setenta e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
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
			4.620,04	795,32
			Valor Líquido ➡	3.824,72

ANCO DO BRASIL 1					
Conta poupança: 197087-9	Agência: 6921 - 3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.114,31	22,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho 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	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
294	PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02	
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86	
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
			4.620,04	795,32
			Valor Líquido ➡	3.824,72

ANCO DO BRASIL 1					
Conta poupança: 197087-9	Agência: 6921 - 3				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.886,86	4.620,04	4.620,04	369,60	4.114,31	22,50

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



G3360220573718261
02/09/2020 21:34:11

Aviso de lançamento

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

Data 06/08/2020 Valor R\$ 1.477,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 131, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

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

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

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:34:11

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

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	15,00	698,86	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	698,86	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	104,50	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

				Total de Vencimentos	Total de Descontos
				1.606,72	128,92
BANCO DO BRASIL 1 Conta corrente: 19514-6				Agência: 448 - 0	Valor Líquido ➡ 1.477,80
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19514-6

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	15,00	698,86	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	698,86	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	104,50	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	104,50	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92

				Total de Vencimentos	Total de Descontos
				1.606,72	128,92
				Valor Líquido ➡	1.477,80
BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 19514-6					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 19514-6

Agência: 448 - 0

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 111351-8					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 111351-8

Agência: 448 - 0

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE AGOSTO ***

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
Julho de 2020

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

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

BANCO DO BRASIL 1		Agência: 448 - 0			
Conta corrente: 111351-8					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

BANCO DO BRASIL 1

Conta corrente: 111351-8

Agência: 448 - 0

* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 24 DE AGOSTO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====
Convenio FGTS ARRECADACAO GRF

Codigo de Barras 85850000063-0 86380179200-1
80764305084-0 53494610008-6

Data do pagamento 06/08/2020

CNPJ/CEI/CPF 45349461/0008-89

COMPETENCIA 07/2020

CODIGO RECOLHIMENTO 115

VENCIMENTO 07/08/2020

VALOR DEPOSITO 6.386,38

Valor Total 6.386,38

DOCUMENTO: 080601

AUTENTICACAO SISBB: 1.59C.662.E79.605.0B5

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



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 05/08/2020 - 17:35:02

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 79.829,85	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 07/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/08/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.386,38	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.386,38
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/08/2020

858500000630 863801792001 807643050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

GERADA EM 05/08/2020 - 17:35:02

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 79.829,85	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 07/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/08/2020

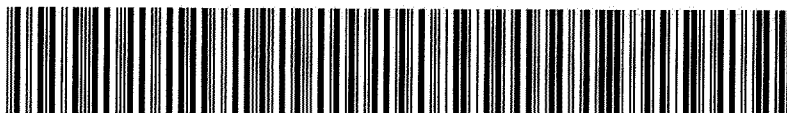
13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 6.386,38	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 6.386,38
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/08/2020

858500000630 863801792001 807643050840 534946100086

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DATA: 05/08/2020
HORA: 17:35:02
PÁG : 0001/0007

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

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

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

858500000630 863801792001 807643050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA					INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89																
COMP: 07/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305					FPAS: 639		OUTRAS ENT:		RAT: 2,0		FAP: 0,50		RAT AJUSTADO: 1,00								
TOMADOR/OBRA:										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	
						BASE CÁL PREV SOCIAL															
SONIA DOS SANTOS ROCHA		0,00				116.26217.35-6		116.26217.35-6		17/09/2019		01						12/07/2020		P3	
1.629,26						0,00		0,00		130,95								130,35		0,00	
SONIA DOS SANTOS ROCHA						116.26217.35-6		116.26217.35-6		17/09/2019		01						27/07/2020		Z5	
																				03222	
SONIA DOS SANTOS ROCHA						116.26217.35-6		116.26217.35-6		17/09/2019		01						27/07/2020		P2	
																				03222	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS		0,00				125.20024.54-4		125.20024.54-4		20/10/2018		01						28/06/2020		P3	
2.942,75						0,00		0,00		274,75								235,43		0,00	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS						125.20024.54-4		125.20024.54-4		20/10/2018		01						01/07/2020		Z5	
																				02235	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS						125.20024.54-4		125.20024.54-4		20/10/2018		01						05/07/2020		P3	
																				02235	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS						125.20024.54-4		125.20024.54-4		20/10/2018		01						09/07/2020		Z5	
																				02235	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS						125.20024.54-4		125.20024.54-4		20/10/2018		01						12/07/2020		P3	
																				02235	
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS						125.20024.54-4		125.20024.54-4		20/10/2018		01						13/07/2020		Z5	
																				02235	
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		0,00				126.82653.15-6		126.82653.15-6		04/10/2017		01						25/07/2020		P3	
1.625,79						0,00		0,00		130,64								130,07		0,00	
GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS		0,00				129.46805.26-5		129.46805.26-5		04/05/2020		01						08/07/2020		P3	
1.606,71						0,00		0,00		128,92								128,54		0,00	
GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS						129.46805.26-5		129.46805.26-5		04/05/2020		01						09/07/2020		Z5	
																				03222	
LAIS MARANI SILVA		0,00				129.46882.17-0		129.46882.17-0		03/05/2019		01						29/06/2020		Q1	
3.257,41						0,00		0,00		314,97								260,60		0,00	
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA		0,00				160.99087.56-8		160.99087.56-8		23/07/2018		01						01/07/2020		P3	
1.693,32						0,00		0,00		136,71								135,46		0,00	
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA						160.99087.56-8		160.99087.56-8		23/07/2018		01						15/07/2020		Z5	
																				03222	

DATA: 05/08/2020
HORA: 17:35:02
PÁG: 0002/0007

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

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

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

8585000000630 863801792001 807643050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89	
COMP: 07/2020 COD REC:115		COD GPS: 2305		FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00	
TOMADOR/OBRA:				INSCRIÇÃO:	
NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT
REM SEM 13° SAL		BASE CÁL PREV SOCIAL	CONTRIB SEG DEVIDA	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	0,00	190.08698.55-5	11/06/2019	01	02/07/2020 P3
1.606,72		0,00	128,92		128,53
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ		190.08698.55-5	11/06/2019	01	17/07/2020 Z5
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	0,00	203.20306.87-3	04/10/2017	01	17/07/2020 P1
2.934,36		0,00	273,75		234,74
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	0,00	204.92505.78-5	04/10/2017	01	12/07/2020 P3
1.606,71		0,00	128,92		128,53
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01	18/07/2020 Z5
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	0,00	236.45761.69-8	04/10/2017	01	21/07/2020 P3
1.606,71		0,00	128,92		128,53
ALCIONE BOGAZ	0,00	128.78920.15-7	16/01/2018	01	149,69
1.871,00		0,00	152,71		0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	0,00	133.59258.89-3	04/10/2017	01	278,35
3.479,32		0,00	346,03		0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	0,00	180.90148.36-6	04/10/2017	01	128,53
1.606,71		0,00	128,92		0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	0,00	125.41159.51-1	04/10/2017	01	149,69
1.871,00		0,00	152,71		0,00
BIANCA CAETANO COSTA	0,00	128.98626.17-3	17/01/2018	01	237,14
2.964,22		0,00	277,33		0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE	0,00	209.83236.77-6	20/12/2019	01	253,21
3.165,16		0,00	302,05		0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ	0,00	129.80319.17-3	04/10/2017	01	149,60
1.869,89		0,00	152,61		0,00
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	0,00	128.09298.18-3	22/03/2019	01	128,61
1.607,61		0,00	129,00		0,00
DANIELA DOS SANTOS	0,00	125.02011.74-6	03/05/2019	01	149,69
1.871,00		0,00	152,71		0,00

Dr. Oswaldo Brandi Faria - de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

DATA: 05/08/2020
HORA: 17:35:02
PÁG : 0003/0007

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

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

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

8585000000630 863801792001 807643050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA
COMP: 07/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
TOMADOR/OBRA:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL	PIS/PASEP/CI	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	DEPÓSITO	CBO JAM
REM SEM 13° SAL											
DEBORA CRISTINA LOCHE	0,00	203.38786.55-9	0,00	0,00	04/10/2017	01				132,83	04110
1.660,45					133,76						0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ	0,00	204.40341.55-2	0,00	0,00	04/10/2017	01				144,69	03222
1.808,74					147,10						0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	0,00	124.85513.93-9	0,00	0,00	04/10/2017	01				149,69	03222
1.871,00					152,71						0,00
EDILENE MANOEL	0,00	209.15153.56-9	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,53	03222
1.606,71					128,92						0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	0,00	126.22542.14-5	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,54	03222
1.606,71					128,92						0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES	0,00	209.15162.89-4	0,00	0,00	19/02/2020	01				128,55	03222
1.606,95					128,94						0,00
GISLAINE MACHADO MORABITO	0,00	132.60974.45-7	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,54	03222
1.606,71					128,92						0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	0,00	207.86720.36-5	0,00	0,00	04/10/2017	01				113,52	04110
1.419,03					112,03						0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA	0,00	169.20547.00-8	0,00	0,00	04/10/2017	01				112,03	04110
1.400,49					110,36						0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	0,00	122.35412.21-3	0,00	0,00	04/10/2017	01				146,43	03222
1.830,34					149,05						0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	0,00	164.11866.81-4	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,53	03222
1.606,71					128,92						0,00
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	0,00	163.67215.87-6	0,00	0,00	04/10/2017	01				149,68	03222
1.871,00					152,71						0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	0,00	203.30629.68-3	0,00	0,00	04/10/2017	01				128,53	03222
1.606,71					128,92						0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI	0,00	204.89256.27-3	0,00	0,00	04/10/2017	01				116,10	04110
1.451,33					114,93						0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI	0,00	203.20305.12-5	0,00	0,00	01/04/2020	01				263,55	02234
3.294					320,16						0,00

Convenio 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

DATA: 05/08/2020
HORA: 17:35:02
PÁG : 0004/0007

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

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

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

8585000000630 863801792001 807643050840 534946100086

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

SIMPLES: 1 RAT: 2.0

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 07/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639

TOMADOR/OBRA:	NOME TRABALHADOR REM SEM 13° SAL	REM 13°SAL	BASE CÁL 13°SAL BASE CÁL PREV SOCIAL	PIS/PASEP/CI 13°SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA	ADMISSÃO CAT	OCOR	DATA	INSCRIÇÃO:	
									DEPÓSITO	CBO JAM
	NATALIA PAZINATO DA SILVA 1.606,71	0,00	204.97661.73-4 0,00	0,00	25/01/2019	01			128,53	03222 0,00
	PATRICIA ADRIANA FERREIRA 1.871,00	0,00	190.47976.86-2 0,00	0,00	04/10/2017	01			149,68	03222 0,00
	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA 2.757,41	0,00	127.24425.16-4 0,00	0,00	04/10/2017	01			220,60	02235 0,00
	RICARDO DE CARVALHO 1.911,66	0,00	125.51156.27-2 0,00	0,00	04/10/2017	01			152,94	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		369,60	02235 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 Marantópolis
Tipo de Despesa: Custeio

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR	0,00	0,00	6.934,10	6.386,38	0,00
---------------------------	------	------	----------	----------	------

DATA: 05/08/2020
HORA: 17:35:02
PÁG : 0005/0007

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

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

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

MODALIDADE : "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
858500000630 863801792001 807643050840 534946100086

Nº ARQUIVO: AvN7rX6xLi20000-6
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:
CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CNAE: 8610102

Nº DE CONTROLE: FqZIMQ4xZLk0000-1
SIMPLES: 1 RAT: 2.0
OUTRAS ENT:
BAIRRO: CENTRO
CEP: 17230-000

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 07/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639
TOMADOR/OBRA:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326
CIDADE: MIRANDOPOLIS
UF: SP

CAT	QUANT	REMUNERACÃO SEM 13º	REMUNERACÃO 13º	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13º PREV SOC
01	39	79.829,85	0,00	79.829,85	0,00
TOTAIS:	39	79.829,85	0,00	79.829,85	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

DATA: 05/08/2020
HORA: 17:35:02
PÁG : 0006/0007

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

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

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

FGTS
8585000000630 863801792001 807643050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: FqZIMQ4xZLLk0000-1 N° ARQUIVO: AvN7rX6xLi20000-6
COMP: 07/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326 BAIRRO: CENTRO CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000 CNAE: 8610102

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

FGTS - 8%

REMUNERAÇÃO SEM 13° SALÁRIO
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO

79.829,85
0,00

39

QUANTIDADE TRABALHADORES

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/08/2020

DEPÓSITO FGTS

ENCARGOS FGTS

0,00

CONTRIB SOCIAL

0,00

ENCARGOS CONTRIB SOCIAL

0,00

TOTAL RECOLHER

6.386,38

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

DATA: 05/08/2020
HORA: 17:35:02
PÁG : 0007/0007

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

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

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

Nº ARQUIVO: AvN7rX6xLi20000-6
INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

EMPRESA: ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRA N° DE CONTROLE: FqZIMQ4xZLk0000-1
COMP: 07/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0
TOMADOR/OBRA:

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

VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP: 3.676.69 CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 6.934.10
SALÁRIO FAMÍLIA: 0.00 RECEITA EVENTO DESP/PATROCÍNIO: 0.00
SALÁRIO MATERNIDADE: 3.257.41 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 VALOR SOLICITADO: 0.00
PERÍODO INICIAL: PERÍODO FINAL: 0.00
VALOR ABATIDO: 0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00

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

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

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0	I1:	0	I2:	0	I3:	0	I4:	0	J :	0	K :	0	L :	0	M :	0	N1:	0
N2:	0	N3:	0	O1:	0	O2:	0	O3:	0	P1:	0	P2:	1	P3:	1	Q1:	10	Q2:	0
Q3:	0	Q4:	0	Q5:	0	Q6:	0	Q7:	0	R :	0	S2:	0	S3:	0	U1:	0	U2:	0
U3:	0	V3:	0	W :	0	X :	0	Y :	0	Z1:	0	Z2:	0	Z3:	0	Z4:	0	Z5:	8

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615145888863359900002034312683320000098380

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	80.602
NOSSO NUMERO	6151588886
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	30/07/2020
DATA DO PAGAMENTO	06/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	983,80
JUROS/MULTA	2,24
VALOR COBRADO	986,04

=====

NR.AUTENTICACAO D.A5A.899.AC2.A3B.D0A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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 73573
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0604 0278 9400 0750 5500 1000 0735 7310 0093 0000

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

135200537556020 30/06/2020 22:05:05

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
30/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE 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
22:00

FATURA / DUPLICATA

001 30/07/2020 983,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	983,80	VALOR DO ICMS	130,54	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	983,80
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESKOTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	983,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE (43)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 5,00	PESO LÍQUIDO 5,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 2000787, Qtde: 2, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049045	000	5102	CX	2	47,9000	95,80	95,80	11,50		12,00	
26473	HEMOFOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 20050310, Qtde: 1, Dt Val: 31/0-5/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30049099	000	5102	CX	1	140,0000	140,00	140,00	25,20		18,00	
26445	PIPER.TAZOB.4,5G C/25 GEN - NOVAFARMA (Lote: 78PB0563, 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	
49850	TOUCA FEM. C/ELASTICO C/100 20G - DEJA-MARO (Lote: 20DM02640820, Qtde: 4, Dt Val: 15/06/2023 ,Data Fab: 15/06/20-20)	63079010	000	5102	PCT	4	17,0000	68,00	68,00	12,24		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
UTI MIRANOPOLIS AC LAIS CONVENIO 0107/2017 ENTREGAR RUA: DR RAUL DA CUNHA BUENO 585.
JD SANTA ROSA MIRANOPOLIS - SP
ITENS 1,3 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\$ 135,70, Federal, R\$ 5,16, Estadual, R\$ 130,54
Pedido: 83245
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/07/2020
ASS. *[Assinatura]*

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.

AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA

CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES

CPF/CNPJ: 294.873.608-08

VALOR: R\$ 1.478,01

DEBITO EM: 06/08/2020

=====

DOCUMENTO: 080603

AUTENTICACAO SISBB: 7.F1B.93F.E88.399.F5E

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00			
998	I.N.S.S.	8,02		128,94		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.606,95	128,94		
			Valor Líquido ➡	1.478,01		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95		1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

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

Ódigo	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
3781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,95			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00			
998	I.N.S.S.	8,02		128,94		
			Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - 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 Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95		1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.19
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\$ 2.931,83

DEBITO EM: 06/08/2020

=====

DOCUMENTO: 080604

AUTENTICACAO SISBB: 1.8AD.C62.6C8.62C.2E6

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI FARMACEUTICO (A)	223405 Admissão:	700	1 01/04/2020

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	48,86	48,86	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,72		320,16
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		91,35
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.343,34	411,51
			Valor Líquido →	2.931,83
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês
2.548,41		3.294,48	3.294,48	263,55
		Base Cál. IRRF		Faixa IRRF
		2.974,32		15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

NPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Julho de 2020

Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI FARMACEUTICO (A)	223405 Admissão:	700	1 01/04/2020

ódiço	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41	
242	REEMBOLSO DESP PAGO	48,86	48,86	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	37,07	
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00	
998	I.N.S.S.	9,72		320,16
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		91,35
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			3.343,34	411,51
			Valor Líquido →	2.931,83
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês
2.548,41		3.294,48	3.294,48	263,55
		Base Cál. IRRF		Faixa IRRF
		2.974,32		15,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 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\$ 1.498,31

DEBITO EM: 06/08/2020

=====

DOCUMENTO: 080605

AUTENTICACAO SISBB: 3.E8C.C0C.0F4.61D.6C5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	12,00	559,18	
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	3,00	139,79	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	698,98	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60	
3013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	20,90	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	104,50	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	183,00	
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	3,00		160,69
998	I.N.S.S.	8,04		130,95
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.789,95	291,64
			Valor Líquido →	1.498,31

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88417-X

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.629,26	1.629,26	130,34	1.498,31	0,00

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

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
Julho de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
3781	DIAS NORMAIS	12,00	559,18	
3785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	3,00	139,79	
3870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	15,00	698,98	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	83,60	
3013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	20,90	
3230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	104,50	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	72,00	183,00	
3801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	3,00		160,69
998	I.N.S.S.	8,04		130,95
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.789,95	291,64
			Valor Líquido →	1.498,31

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

BANCO DO BRASIL 1

Conta salário: 88417-X

Agência: 0295 - X

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Cál. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	1.629,26	1.629,26	130,34	1.498,31	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 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: 06/08/2020

=====

DOCUMENTO: 080606

AUTENTICACAO SISBB: 2.9BE.5E6.E03.A12.BC1

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

Mim

07/08

 Prefeitura do Município de Jahu Prefeitura do Município de Jahu Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e	Número da Nota/Série 20/NFE	
	Data e Hora de Emissão 03/08/2020 10:25:56	
	Código de Verificação 69CF7BAF8F6615F91774	
	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 JULHO/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	2,95	826,00	0,00

Total Tributos: 826,00. Percentual: 2,95%

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. / / Identificação do Recebedor	Dados que identificam a nota	
	Número da Nota 20/NFE	
	Emissão 03/08/2020 10:25:56	
	Código de verificação 69CF7BAF8F6615F91774	

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




SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.19
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

Convenio	FGTS ARREC GREGTS-UNICO	
Codigo de Barras	85860000020-9	85360451202-5
	00807000000-5	11940967400-9
Data do pagamento		06/08/2020
Identificador		00000011940967400
Data de Vencimento		07/08/2020
Valor Total		2.085,36

=====

DOCUMENTO: 080607

AUTENTICACAO SISBB: 8.466.FCF.ECC.E0E.F24

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 07/08/2020
CPF/CNPJ 45.349.461/0008-89	IDENTIFICADOR 000.000.119.409.674-00	TOTAL A RECOLHER 2.085,36

85860000020-9

85360451202-5

00807000000-5

11940967400-9

PARCELAMENTO MP 927/2020

PARCELAS

Quantidade de Parcelas na Guia 1

VALORES

Depósito	2.085,36
Encargos Legais*	239,81
Isenção MP 927/2020*	-239,81
Encargos de Atraso na Parcela*	0,00

Total da Fatura 2.085,36



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

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

VIA CLIENTE

VIA BANCO



GRFGTS - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS

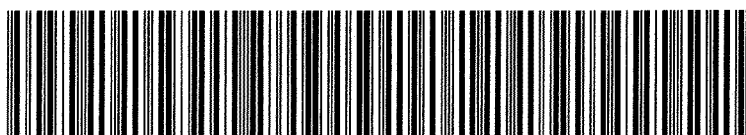
IDENTIFICADOR 000.000.119.409.674-00	CPF/CNPJ 45.349.461/0008-89	TOTAL A RECOLHER 2.085,36
Atenção: não receber após o vencimento		DATA DE VENCIMENTO 07/08/2020

85860000020-9

85360451202-5

00807000000-5

11940967400-9



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100717399984883430000075307

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 81.001

DATA DE VENCIMENTO 10/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 753,07

VALOR COBRADO 753,07

=====

NR.AUTENTICACAO 8.B44.DAD.5F3.47B.FD3

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

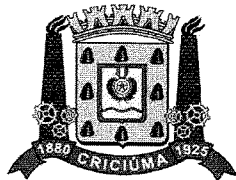
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 1180520	Número da nota 1219931
Data da emissão da nota 20/07/2020 11:10:23	
Data do fato gerador 15/07/2020 18:52:05	
Código de verificação NBOO-BPKVA	

PRESTADOR DE SERVIÇOS



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

TOMADOR DE SERVIÇOS

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

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Valor Unitário	Qtd	Valor Serviço	Base de cálculo	(%)	ISS
Domínio WEB 2.0 conf. contrato(s): 190860 comp.: 7/2020.	753,07	1	753,07	753,07 x	2,00 =	15,06

VENCIMENTOS: (10/08/2020 - 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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.

=====

75691321650100230510800040180028883430000029740

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 81.002

DATA DE VENCIMENTO 10/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 297,40

VALOR COBRADO 297,40

=====

NR.AUTENTICACAO D.45C.6DD.FB1.ABB.9BF

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 - MIRANDÓPOLIS - SP
Fone: (18)3701-5568 CEP: 16800-000
livrariaestudebem@hotmail.com

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

Nº 000.004.770
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0601 6416 6500 0147 5500 1000 0047 7017 5182 8620

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 de mercadoria adquirida ou recebida

INSCRIÇÃO ESTADUAL
00014737115

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ
01.641.665/0001-47

DESTINATÁRIO / REMETENTE

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
10/06/2020

Endereço
Avenida Jose Ariano Rodrigues, 303 SALA

BAIRRO, DISTRITO
Jardim Ariano

CEP
16400-400

DATA DA SAÍDA
10/06/2020

UF
SP

TELEFONE / FAX
(14)3532-5198

TELEFONE / CELULAR

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA EMISSÃO
10:17:06

VALORES DUPLICATAS

VALOR ORIGINAL
594,80

VALOR DO DESCONTO
0,00

VALOR LÍQUIDO
594,80

OCF
10/07/2020
591,80

VALOR DO IMPOSTO

VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO FCP	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	594,80
VALOR DO IPI	VALOR DO IPI	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	594,80

QUANTIDADE / VOLUMES TRANSPORTADOS

FRETE POR CONTA 0-EMITENTE				CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF
MUNICIPIO						UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	

PRODUTOS / SERVIÇOS

PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	DESC %	VALOR TOTAL	BASE DE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA %
PAPEL SULFITE RINO CX/ 10 RESMAS	48025610	0500	5405	UN	2,00	189,90	0,00	379,80	0,00	0,00	0,00	0,00
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
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
GRAMPO 2x6 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
CLIPS WIREPLAST 300 GRS 2/0	83059000	0500	5405	UN	1,00	9,50	0,00	9,50	0,00	0,00	0,00	0,00
PLASTICO CONTACT BRANCO TRANSPARENTE	48201000	0500	5405	MT	6,00	5,45	0,00	32,70	0,00	0,00	0,00	0,00
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
FITA ADESILVA ADELPRAS 48X40MT INCOLOR	39191010	0500	5405	UN	1,00	4,15	0,00	4,15	0,00	0,00	0,00	0,00
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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR TOTAL DO ISSQN
0,00	0,00	0,00

IMPOSTOS ADICIONAIS

Impostos R\$65,01 (10,93%) Federal
R\$24,42 (4,51%) Estadual
R\$0,00 (0,00%) IPTU

DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL", II-"NAO
DE DIREITO A CREDITO FISCAL DE ISS E IPI", III-Permite credito de ICMS no valor de R\$
1,00 equivalente a 2,33% nos termos do Artigo 23 da Lei Complementar 123 de 2006.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 15/06/20
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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080700668271512711770003683430000214580

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 81.003

DATA DE VENCIMENTO 10/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.145,80

VALOR COBRADO 2.145,80

NR.AUTENTICACAO E.F48.EA3.E65.9AE.DD0

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

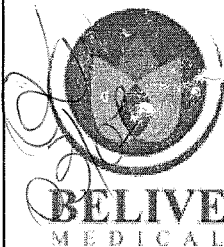
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

 BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA RUA LAURO VANNUCCI, 330 Bairro: FAZ. STA CANDIDA 13087-548 Campinas - SP Fone: (19)3256-0500 Fax: (19)3256-0500	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA		CONTROLE FISCO 
	0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº 65.009 SÉRIE: 0 FOLHA: 1/2		CHAVE DE ACESSO 3520.0614.3355.4400.0119.5500.0000.0650.0910.1169.9637
			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 135200524295467 - 26/06/2020 12:51:25

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

DESTINATÁRIO / REMETENTE			
NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ	DATA EMISSÃO
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		45.349.461/0001-02	26/06/2020
ENDEREÇO		BAIRRO/DISTRITO	CEP
AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03		CENTRO	16370-000
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Lins	(014)3541-1544	SP	
			HORA DA SAÍDA
			12:51:19

FATURA/DUPLICATAS	
65009/1 - 10/08/20 - 2145,80	

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.145,80	257,50	0,00	0,00	2.145,80	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.145,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANNT	PLACA DO VEÍCULO	UF
		0-EMITENTE 1-DESTINATÁRIO	0		
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
19	CAIXAS			268,8000	268,8000

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VLR. DESC. UNIT. / PERC.	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS/ST. Cobrável	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	
2319 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 100ML AZB1307B CX84BOLS BAXTER Lote: PR307P0 - 18/10/2021 Qtde: 6.00 Número da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	500 5102	CX	6,0000	148,9000	0,0000 0,0000 %	893,40	893,40	107,21 0,00	0,00	12,00	0,00	
675 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote: PR306X8 - 08/04/2022 Qtde: 4.00 Número da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	4,0000	106,5000	0,0000 0,0000 %	426,00	426,00	51,12 0,00	0,00	12,00	0,00	
692 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 500ML AZB1323 CX30BOLS BAXTER Lote: PR305X2 - 23/03/2022 Qtde: 3.00 Número 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	
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote: PR308P5 - 06/11/2021 Qtde: 1.00 Número 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 AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote: PR307W8 - 25/10/2021 Qtde: 2.00 Número da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	2,0000	120,0000	0,0000 0,0000 %	240,00	240,00	28,80 0,00	0,00	12,00	0,00	
1089 30049099	GLICOSE 5% 1000ML AZB0064 CX16BOLS BAXTER Lote: PR305F6 - 11/09/2021 Qtde: 2.00 Número da FCI: BB2C7443-F4C1-441F-A2B0-7A88B80F0961	500 5102	CX	2,0000	59,2000	0,0000 0,0000 %	118,40	118,40	14,21 0,00	0,00	12,00	0,00	

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 RECEBIDO 021-07-2020 ASS: <i>[Assinatura]</i>

RECEBEMOS DE BELIVE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FIS
EMISSION: 26/06/2020 DESTINATÁRIO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL



DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENT

NF-e

Total NF: 2.145,80

Volume: 19

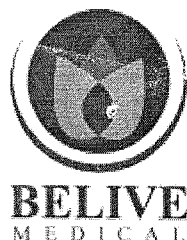
Nº: 65009

SÉRIE: 0

Número Pedido: 1169941

FOLHA:

2/2



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**BELIVE COMERCIO DE
PRODUTOS HOSPITALARES
LTDA**

RUA LAURO VANNUCCI, 330
Bairro: FAZ. STA CANDIDA
13087-548 Campinas - SP

Fone: (19)3256-0500

Fax: (19)3256-0500

DANFE

DOCUMENTO
AUXILIAR DA NOTA
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº 65.009

SÉRIE: 0

FOLHA: 2/2

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3520.0614.3355.4400.0119.5500.0000.0650.0910.1169.9637

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

135200524295467 - 26/06/2020 12:51:25

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

1090 30049099	GLICOSE 10% 500ML AZB0163 CX30BOLS BAXTER Lote: PR308P9 - 06/11/2021 Qtde: 1.00 Número da FCI: CA7C56E1-E77E-4EC6-A4BB-7BFBB65DF8A7	500 5102	CX	1,0000	88,2000	0,0000 0,0000%	88,20	88,20	10,58 0,00	0,00	12,00	0,00
------------------	---	-------------	----	--------	---------	-------------------	-------	-------	---------------	------	-------	------

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

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
---------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
UTI Mirandópolis - Convenio 0107/2017 / "REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA
HOSPITALAR PROCESSO - UA 31820-378893/2012" /

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 02/07/2020
ASS.

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615227010873347100001526110183450000256875

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 81.004
NOSSO NUMERO 6152701087
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 12/08/2020
DATA DO PAGAMENTO 10/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75
VALOR COBRADO 2.568,75
=====

NR.AUTENTICACAO 3.44E.A81.71B.3BE.0E2
=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

RECEBEMOS DE Samtronic Industria e Comercio Ltda OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO										NF-e N. 000243409 SÉRIE 1			
DATA DE RECEBIMENTO		IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR											
		Samtronic Industria e Comercio Ltda		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA				CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3520 0758 4266 2800 0133 5500 1000 2434 0911 0002 5636		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da SEFAZ Autorizada			
Rua Venda da Esperanca, 162 Sororro Cep:04763-040 Sao Paulo/SP Fone: 551122447751		N. 000243409 SÉRIE 1 FOLHA 01/01											
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE PRODUCAO DO ESTABELECIMENTO						PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200580501786 13/07/2020 15:02:13-03:00							
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 13/07/2020					
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 12/08/2020 2.568,75		002 11/09/2020 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 RODONAVES TRANSPORTES E ENCOMENDAS LTDA				FRETE POR CONTA 0-EMITENTE		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF			
ENDEREÇO RUA ALEXANDRE COLARES				MUNICÍPIO SAO PAULO		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 112782533118		CNPJ/CPF 44.914.992/0013-71			
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): MAI20902335919108 - Val idade: 31/05/2023	90189099	040	5101	UN	200,0000	16,96000000	3.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00%	0,00%
EE900300	EQUIPO GIRASET EG 0422 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): JUN2090031502000B - Val idade: 30/06/2023	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 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): MAI20905235909108 - Val idade: 31/05/2023	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													
CÁLCULO DO ISSQN													
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 94911827		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS				BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR DO ISSQN					
DADOS ADICIONAIS													
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 135200580501786 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: 455325 *** Cotacao Numero: 13026 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1376.50 (26.79%). Fonte: IBPT.						RESERVADO ACP ANBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 15/07/2020 ASS. MAGNO OLIVEIRA DE MACHADO Fones 72440 Cód. TPA: 8861 Cód. Cal: 281 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: Custo							

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100826128175183460000331380

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 81.005

NOSSO NUMERO 17115360000826128

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.313,80

VALOR COBRADO 3.313,80

=====

NR.AUTENTICACAO 4.294.D4A.02A.011.E52

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de

produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de

atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de

cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Identificação do emitente  COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP CEP 13916-074 - 1935225800		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1322807 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3228 0719 1136 0503 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 135200595409555 16/07/2020 18:54:41	
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 16/07/2020	
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400	
MUNICÍPIO LINS		UF SP		HORA DE SAÍDA 16/07/2020	
FONE / FAX 19361-1242		INSCRIÇÃO ESTADUAL			

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1322807/1	13/08/2020	3.313,80						

BASE DE CÁLCULO DO ICMS		VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
3.313,80		583,52	0,00		0,00	3.313,80	
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	
						3.313,80	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente		CÓDIGO DE ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF	CNPJ 15.066.184/0001-60
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260		MUNICÍPIO SAC JOSE DO RIO PRETO						UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114
QUANTIDADE 7,00	ESPECIE VOLUME(S)	MARCA	NÚMERO 0,03091		PESO BRUTO 29,080		PESO LÍQUIDO 29,080		

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	IPI
031657	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T22889 Q: 200,00 00 F: 17/06/20 V: 17/06/2023	62101090	000	5102	PC	200,00	14,00	2.800,00	2.800,00	504,00	0,00	18,00	0,00
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTION) L: 0064424 Q: 100,0000 F: 28/02/20 V: 28/02/2022	90183119	200	5102	PC	100,00	2,16	216,00	216,00	25,92	0,00	12,00	0,00
031376	ENOXAPARINA SODICA 29MG/0,2ML (CRISTALIA) L: A123 06A2 Q: 20,0000 F: 21/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	20,00	14,89	297,80	297,80	53,60	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: 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: 17/07/2020 Pedido: 1670386 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1579386 *** 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 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 AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 17/17/2020 ASS. Izabel C. de Souza Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual "Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis Unidade Despesa: Custeio
---	---

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:19
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093020844801041183460000209460

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 81.006

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.094,60

VALOR COBRADO 2.094,60

=====

NR.AUTENTICACAO F.204.45A.7DE.F67.F3B

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

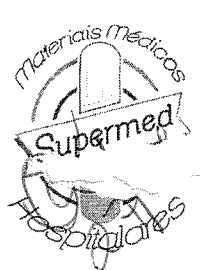
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 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 454073 SERIE 1 FOLHA 1/1											
	CHAVE DE ACESSO 3120 0711 2060 9900 0107 5500 1000 4540 7310 0057 0262 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 131203748108006 16/07/2020 12:56:10											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 001.771.1480296		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 813.020.011.119											
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		BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO											
MUNICÍPIO LINS		FONE/FAX 1435325198											
UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 11.206.099/0001-07											
DATA DA EMISSÃO 16/07/2020		DATA DE VALIDADE 16 JUL 2020											
FATURA / DUPLICATA 001 13/08/2020 2.094,60		HORA DA SAÍDA											
CÁLCULO DO IMPOSTO													
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.094,60		VALOR DO ICMS 87,65											
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 0,00		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00											
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.094,60		VALOR TOTAL DA NOTA 2.094,60											
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA		FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE											
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730		CÓDIGO ANTT 0 - DO EMITENTE											
MUNICÍPIO POUSO ALEGRE		PLACA DO VEÍCULO 01125797000540											
QUANTIDADE 2		ESPÉCIE CAIXA											
MARCA 4,96		PESO BRUTO 4,96											
PESO LÍQUIDO 4,96		DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS											
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
14765	BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-NOVAFARMA LT	30049045	000	6108	CX	1	48,2800	48,28	48,28	5,79		12,00	
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU	30049099	300	6108	CX	5	159,3340	796,67	796,67	31,87		4,00	
29109	TAZOMAZ 4,50GR 10FAM-U.QUIMICA LT PT04200-	30049099	200	6108	CX	5	238,4440	1.192,22	1.192,22	47,69		4,00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA	30043100	300	6108	FR	3	19,1433	57,43	57,43	2,30		4,00	
Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria de Estado da Saúde UGF- 090196 - Hospital Estadual													
DADOS ADICIONAIS										RESERVADO AO FISCAL			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 42 B 6... ITENS 2 a 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\$ 289,38 Pedido: 422174 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: 0,02										AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 20/07/2020 ASS.			

PERECÍVEL

URGENTE

Medicamentos avariados, ou faltas
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento de transportes.

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0009

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093020842101048183460000166346

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 81.007

DATA DE VENCIMENTO 13/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 10/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.663,46

VALOR COBRADO 1.663,46

=====

NR.AUTENTICACAO E.7DE.438.041.323.475

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

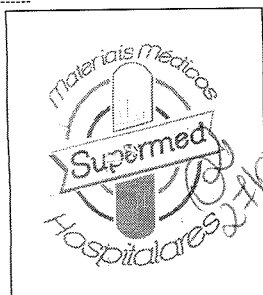
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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



**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 99605
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0996 0510 0011 1693

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
135200593990834 16/07/2020 13:58:52

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
16/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
16 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 13/08/2020 1.663,46

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.663,46	299,42	0,00	0,00	1.663,46
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
				1.663,46

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 5	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 24,70	PESO LÍQUIDO 24,70

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
23054	C.G.7,5 X 7,5 13F N. ESTERIL-CLEAN LT 3423-04/20 (5) 04/2024 (Fornecedor: 1886, Lote: 342304/20, Qtde: 5, Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2024)	58030010	000	5102	PCT	5	7,8940	39,47	39,47	7,10		18,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR012K (4) 06/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR012K, Qtde: 4, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2023)	40151900	000	5102	CX	4	405,9975	1.623,99	1.623,99	292,32		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R4V4||UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 . . .
Pedido: 99701
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - 16800-000, MIRANDÓPOLIS-SP - Horário :
COMERCIAL
Empresa credenciada no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017
Setor de Cobrança: (11)4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Rota.....: 3 Cubagem: 0,09

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 20/07/2020

ASS.

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339967614658000000500036401016183470000950000

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	81.008
DATA DE VENCIMENTO	14/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	10/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	9.500,00
VALOR COBRADO	9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.69D.39C.863.E78.53F

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

Miriam do Prado

		PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 997													
Data e Hora da Emissão		03/08/2020 14:59:34		Competência		3/8/2020		Código de Verificação		2ENFI5QVVF									
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 - CONserto, RESTAURACAO DE APARELHOS ODONTOLOGICOS, HOSP.,ORTOPEDICOS, LABORATORIOS..																			
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 - Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio							

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615145888813359000002034312183470000198000

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	81.009
NOSSO NUMERO	6151588881
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	14/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	10/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.980,00
VALOR COBRADO	1.980,00

=====

NR.AUTENTICACAO D.D9B.299.79B.D07.79A

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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



CHAVE DE ACESSO

3520 0604 0278 9400 0750 5500 1000 0735 6610 0117 2708

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
135200537550444 30/06/2020 22:02:37

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
30/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
30/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
21:56

FATURA / DUPLICATA

001 14/08/2020 1.980,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.980,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.980,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
O EMITENTE (43)

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO
RUA SÃO PAULO, 31

MUNICÍPIO
SANTOS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1

CAIXAS

0,20

0,20

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
228	ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 0010-73, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2019)	30049019	240	5102	CX	1	1.980,0000	1.980,00					

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
UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017 AC LAIS
ITEM 1 Isencao CONV.ICMS 140/01
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 805,66, Federal, R\$ 805,66, Estadual, R\$ 0,00
Pedido: 83118
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/07/2020
ASS.

17/08/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:37:33
679006790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	17/08/2020
NR. DOCUMENTO	550.058.000.059.599
VALOR TOTAL	934,00

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TECSEG EQUIP C I M LTDA M	
AGENCIA: 0058-2	CONTA: 59.599-3
NR. DOCUMENTO	556.790.000.000.211

=====

NR.AUTENTICACAO	2.AE2.C29.07D.447.D0C
-----------------	-----------------------

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE LINS
Secretaria Municipal da Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
2066

Data de Emissão
03/08/2020

Data e Hora da
Competência
03/08/2020 às 09:32:12

Código de Verificação
7641-6454-3268

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	Vir. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
58	SERVIÇOS DE SST	934,0000	1,00	0,00	0,00	934,00

Valor Total dos Serviços - R\$934,00

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI MIRANDOPOLIS
VENCIMENTO:
20/08/2020

CONTA PARA DEPOSITO
BANCO DO BRASIL
AG:0058-2
C/C:59599-3

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

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPI (R\$)	ICMS (R\$)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 934,00

Atividade

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Operação

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Dedução de Materiais/Equipamentos

Não

Responsável pelo imposto

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Simples Nacional

Local do Serviço

Dentro do Município

Aliquota (%)

Base de Cálculo (R\$)

Vir. Total das Deduções (R\$)

Vir. Total Retido (R\$)

Vir. do ISS (R\$)

4,9173

934,00

0,00

0,00

45,93

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 2066 emitida em 03/08/2020 às 09:32:12 - Cód Verif 7641-6454-3268

Condições de Pagamento: Vencimento: 03/08/2020 Valor Total R\$ 934,00 Valor Líquido R\$ 934,00

Ass: _____ em _____

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790110069000000496146007252805883480000348082

BENEFICIARIO:

LABORATORIO SAO PAULO

NOME FANTASIA:

LABORATORIO SAO PAULO

CNPJ: 51.100.840/0001-67

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEFICIENTE DO B

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO . 81.701

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.480,82

VALOR COBRADO 3.480,82

=====

NR.AUTENTICACAO 7.092.0F0.F7E.780.D1A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

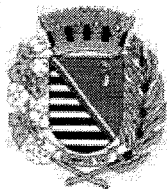
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088 .

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
49646

Data de Emissão
28/07/2020

Data e Hora da
Competência
28/07/2020 às 15:14:36

Código de Verificação
0000-0005-7735

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 51.100.840/0001-67 Cód. Mobiliário 1069 Insc. Mun. 1069
Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA
Lógradio 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 ISENTA
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 28/07/2020 às 15:14:46 Lote 57735
Número do RPS 0000-0005-7735 Sequência 57735

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2006	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 07/2020	3.708,9200	1,00	0,00	0,00	3.708,92

Valor Total dos Serviços - R\$3.708,92

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 07/2020

TRIBUTOS

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)	Outros Tributos (R\$)
24,11	111,27		55,63	37,09		
CIDE (R\$)	IOF (R\$)	IPi (R\$)	ICMS (R\$)			

Convênio n.º 001.2020
Termo Aditivo n.º 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\$ 3.708,92

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

Alíquota (%)	Base de Cálculo (R\$)	Vlr. Total das Deduções (R\$)	Vlr. Total Retido (R\$)	Vlr. do ISS (R\$)
3,0000	3.708,92	0,00	228,10	111,27

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 3.480,82

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 49646 emitida em 28/07/2020 às 15:14:36 - Cód Verif 0000-0005-7735

Condições de Pagamento: Vencimento: 28/07/2020 Valor Total R\$ 3.708,92 Valor Líquido R\$ 3.480,82

Ass: _____ em ____/____/____.

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

0339915456795000000913773101012183480000007000

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 81.702

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 70,00

VALOR COBRADO 70,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.8C9.7CA.0A2.4FA.2C5

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

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

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615069044123347600001526110783480000256875

BENEFICIARIO:

SAMTRONIC I COMERCIO LTDA

NOME FANTASIA:

SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO LIMI

CNPJ: 58.426.628/0001-33

PAGADOR:

ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 81.703

NOSSO NUMERO 6150904412

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 15/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

=====

NR.AUTENTICACAO 3.8D6.45A.AF7.702.59F

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

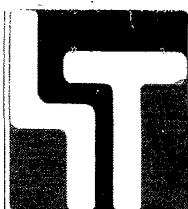
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

N. 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 EMISSÃO

16/06/2020

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	002								
16/07/2020	15/08/2020								
2.568,75	2.568,75								

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	5.137,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				5.137,50

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VELOXX TRANSPORTES LTDA	0-EMITENTE				14.990.752/0001-51
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
RUA ALVARENGA PEIXOTO	SAO PAULO	SP	146964519117		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6	CAIXA			14,580	12,750

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

COD. PROD	DESCRIÇÃO DO PROD./SERV.	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	V.UNITARIO	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	A.ICMS	A.IPI
EE902300	EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO (CX 50UN) Lote(S): 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 0000 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. Ltda

CALCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
94911827			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Protocolo: 135200487499704
ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDOPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA:
UTI MIRANDOPOLIS - 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 Endereco 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. *lamy*

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615143107793359100002034312383480000198000
BENEFICIARIO:
DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA
NOME FANTASIA:
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA
CNPJ: 04.027.894/0001-64
PAGADOR:
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS
CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	81.704
NOSSO NUMERO	6151310779
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	15/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.980,00
VALOR COBRADO	1.980,00

=====

NR.AUTENTICACAO B.1A9.DE3.08D.2AD.A84

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARE, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 72197
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0604 0278 9400 0750 5500 1000 0721 9710 0073 2335

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
135200522111646 25/06/2020 20:17:37

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
25/06/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
25/06/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:16

FATURA / DUPLICATA

001 15/08/2020 1.980,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.980,00
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
				1.980,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 0,20	PESO LÍQUIDO 0,20

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
228	ACTILYSE 50MG - BOEHRINGER (Lote: 0010-73, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2022 ,Data Fab: 01/09/2019)	30049019	240	5102	CX	1	1.980,0000	1.980,00					

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UQE: 090196 - Hospital Estadual
'Dr. Oswaldo Brandão 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
UTI MIRANOPOLIS CONVENIO 0107/2017 AC LAIS
ITEM 1 Isencao CONV.ICMS 140/01
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 805,66, Federal, R\$ 805,66, Estadual. R\$ 0,00
Pedido: 81699
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 26/06/2020
ASS. *[Assinatura]*



DUPATRI HOSPITALAR COM
IMP EXT LTDA

AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530

CATALÃO - GO

CEP: 75.709-616

TELEFONES

ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081

ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAÍDA

1

Nº 1110043
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0704 0278 9400 0326 5500 1001 1100 4310 0105 4437

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203269507219 16/07/2020 16:48:01

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

16/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

16/07/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
16:31

FATURA / DUPLICATA

001 15/08/2020 720,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	599,98	VALOR DO ICMS	72,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	720,00
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	720,00

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. JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO	UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,95	PESO LÍQUIDO 2,95

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
34474	MASCARA TECIDO PFF2 8801 C/20-3M (Lote: I201742, Qtde: 6, Dt Val: 30/06/2023 ,Data Fab: 01/06/2020)	63079010	020	6108	UN	6	120,0000	720,00	599,98	72,00		12,00	

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANOPOLIS AC LAIS CONVENIO 0107/2017
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 43,20
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 131,94, Federal, R\$ 59,94, Estadual, R\$ 72,00
Pedido: 1187099
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscricao Estadual.:ISENTO -
Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO Tipo de Despesa: Custo

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 17/07/2020

ASS. *[Assinatura]*

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

=====

23790601029020200000750000107701183500000068000

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 81.706

DATA DE VENCIMENTO 17/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 680,00

VALOR COBRADO 680,00

=====

NR.AUTENTICACAO 0.326.5B7.DF3.E88.0D9

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: 000.123.546 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 000.123.546 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 0751 9436 4500 0107 5500 1000 1235 4610 0464 0325 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200595197480 - 16/07/2020 17:43:24
	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 16/07/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 16/07/2020
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 17:43:26

FATURA

Número	Data Veto	Valor
001	17/08/2020	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 SÃO 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: 35740 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 - Hospital 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: 98321 - 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. ISENTO 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.UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 20/07/2020 ASS. [Assinatura]
--	--

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093044802301042783520000314232

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 81.707

DATA DE VENCIMENTO 19/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.142,32

VALOR COBRADO 3.142,32

=====

NR.AUTENTICACAO 9.1F9.19B.BD8.EB7.FE4

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

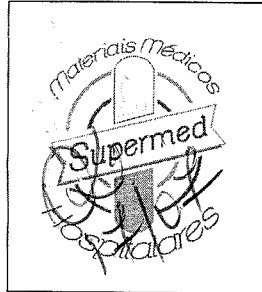
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
1-SAIDA

Nº 451609
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3120 0711 2060 9900 0107 5500 1000 4516 0910 0049 8535

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
131203738942476 08/07/2020 14:13:31

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
08/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA EM SAÍDA
08 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 19/08/2020 3.142,32

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.142,32	329,54	0,00	0,00	3.142,32
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
				3.142,32

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
8

ESPÉCIE
CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

30,87

PESO LÍQUIDO

30,87

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
3422	AGUA P/ INJEÇÃO 200AMP 10ML PL-EQUIPLEX LT 2030869 (5)05/22 (Fornecedor: 104, Lote: 2030869, Qtde: 5, Data Fab: 04/05/2020, Data Val: 04/05/2022)	30049099	000	6108	CX	5	87,6960	438,48	438,48	52,62		12,00	
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	
25976	CEFTRIAXONA 1G PO P/SOL.INJ.50FAM GEN-ABL LT 100447S (1)09/21 (Fornecedor: 1, Lote: 100447S, Qtde: 1, Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 01/10/2022)	30042059	500	6108	CX	1	690,0000	690,00	690,00	82,80		12,00	
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU LT 19031040 (5)02/21 (Fornecedor: 47, Lote: 19031040, Qtde: 5, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 28/02/2021)	30049099	300	6108	CX	5	118,8240	594,12	594,12	23,76		4,00	
23228	PRATIDERM POM 60G-PRATI DONADUZZI LT 19I2-50 (5)09/21 19I82A (1)09/21 (Fornecedor: 9706, Lote: 19I250, Qtde: 5, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021 / Fornecedor: 9706, Lote: 19I82A, Qtde: 1, Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2021)	30042099	000	6108	TB	6	5,5000	33,00	33,00	3,96		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 43 B 3...
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\$ 236,07
Pedido: 419777

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 10/7/2020

ASS. Indira

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

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

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



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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000093044799001043583520000628217

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	81.708
DATA DE VENCIMENTO	19/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	6.282,17
VALOR COBRADO	6.282,17

=====

NR.AUTENTICACAO 3.E09.CFB.D23.8F7.F23

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

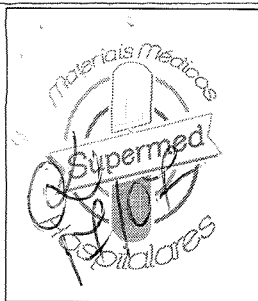
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

Nº 97061
SERIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0970 6110 0098 1857

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

135200565931462 08/07/2020 18:42:38

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

08/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

08 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 19/08/2020 6.282,17

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
6.269,59	1.068,92	0,00	0,00	6.282,17
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
				6.282,17

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

18

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

91,54

PESO LÍQUIDO

91,54

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
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 113 (1) 11/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 113, Qtde: 1 ,Data Fab: 29/11/2019, Data Val: 29/11/2024)	44219900	000	5102	PCT	1	2,6700	2,67	2,67	0,48		18,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 5091M4 (2) 12/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 5091M4, Qtde: 2 ,Data Fab: 14/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183219	400	5102	CX	2	6,2600	12,52	12,52	1,50		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 442N4 (2) 01/- 2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 442N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 29/01/2020, Data Val: 31/01/- 2025)	90183219	400	5102	CX	2	6,2600	12,52	12,52	1,50		12,00	
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57119081 (12) 08/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 571- 19081, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/08/2019, Da- ta Val: 30/08/2024)	90183219	200	5102	CX	12	7,1000	85,20	85,20	10,22		12,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 15/04 (2) 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	6,2900	12,58					

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V4R4V141|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017

Pedido: 97072

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: 0,68

RESERVADO AO FISCO

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

'Dr. Oswaldo Brandi Faria' de Mirandópolis

tipo de Despesa: Custeio

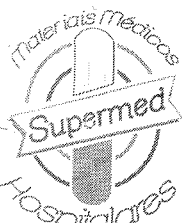
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 10/7/2020

ASS. Prodan

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

17/08/



**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 97061
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0970 6110 0098 1857

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

135200565931462 08/07/2020 18:42:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

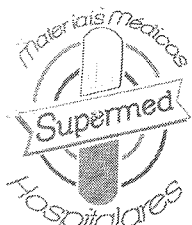
CNPJ

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
13142	AVENTAL DESC.ESPECIAL ML BR.C/PUNHO C/1- 0-DESCARPACK LT SAEFAA0092 (2) 05/2024 LT SAEFAA0093 (48) 06/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SAEFAA0092, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024 / Forne- cedor: 918, Lote: SAEFAA0093, Qtde: 48 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/20- 24)	62101000	200	5102	PCT	50	45,9100	2.295,50	2.295,50	413,19		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (1) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 1 ,Data Fab: 30/11/- 2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	1	18,7300	18,73	18,73	3,37		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 38119S06AAAA (12) 08/2021 (Fornecedor: 20- 80, Lote: 38119S06AAAA, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2021)	90181100	200	5102	PCT	12	13,7300	164,76	164,76	29,66		18,00	
13581	EQ.MICRO C/BURETA F/A+P LL 150ML C/10-SO- LIDOR LT 78119092 (1) 09/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 78119092, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/09/2024)	90189010	200	5102	PCT	1	40,6700	40,67	40,67	7,32		18,00	
23064	EQ.DIETA ENT.FLEX.S/FILT.SLIP C/2- 0-DESCARPACK LT SEEA00023 (2) 08/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEEA00023, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 31/08/- 2024)	90189099	200	5102	PCT	2	26,7700	53,54	53,54	9,64		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA008A (5) 11/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SLAKAA008A, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183999	200	5102	CX	5	19,0200	95,10	95,10	17,12		18,00	
14684	LUVA P/ TOQ.INDIV.TRANSP.C/100-LUPLAST LT 1010 (2) 06/2023 (Fornecedor: 1, Lote: 10- 10, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 30/06/2023)	39262000	000	5102	PCT	2	7,5500	15,10	15,10	2,72		18,00	
28883	MASC TRIPLA C/CLIPS ELAST.C/2- 5AZ-BOMPACK LT EMTH001 (24) 04/2025 (Fornecedor: 1837, Lote: EMTH001, Qtde: 24 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/20- 25)	63079010	200	5102	PCT	24	25,4400	610,56	610,56	109,90		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	22,8900	22,89	22,89	4,12		18,00	
23134	DERMAEX AGE 100ML C/24-NUTRIEX LT 1912241 (1) 12/2021 (Fornecedor: 2612, Lote: 1912- 241, Qtde: 1 ,Data Fab: 09/12/2019, Data Val: 09/12/2021)	15121919	000	5102	CX	1	52,2000	52,20	52,20	9,40		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT H70 (1) 02/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H70, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	90183111	200	5102	CX	1	63,8000	63,80	63,80	11,48		18,00	
28374	SERINGA DESC.10ML SLIP C/450-INJEX LT 166- 5/19 (5) 09/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1665/19, Qtde: 5 ,Data Fab: 24/09/2019, Data Val: 24/09/2024)	90183119	000	5102	CX	5	109,9100	549,55	549,55	65,94		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: 09/07/2- 019, Data Val: 05/07/2024)	90183119	000	5102	CX	3	111,2200	333,66	333,66	40,05		12,00	
8458	SONDA NASOGASTRICA LONGA N.12 C/1- 0-MARK MED LT 15328 (6) 06/2024 (Fornece- dor: 164, Lote: 15328, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2024)	90183929	000	5102	PCT	6	8,4100	50,46	50,46	9,08		18,00	

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



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 97061
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 0970 6110 0098 1857

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

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200565931462 08/07/2020 18:42:38

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
6104	SONDA URETRAL N.14 C/10-MARK MED LT 14431 (10) 11/2023 (Fornecedor: 164, Lote: 1443-1, Qtde: 10 ,Data Fab: 30/11/2019, Data Val: 30/11/2023)	90183929	000	5102	PCT	10	5,6200	56,20	56,20	10,12		18,00	
28821	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-DEJAMARO LT 20-DM02801020 (10) 06/2023 (Fornecedor: 2490, Lote: 20-DM02801020, Qtde: 10 ,Data Fab: 27/06/2020, Data Val: 27/06/2023)	63079010	000	5102	PCT	10	14,8400	148,40	148,40	26,71		18,00	
25346	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-MEDIX LT SRI5-2/19MM (4) 08/2024 (Fornecedor: 1925, Lote: SRI52/19MM, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 30/08/2024)	40151900	000	5102	CX	4	396,3900	1.585,56	1.585,56	285,40		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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093044801501048883520000663870

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 81.709

DATA DE VENCIMENTO 19/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 6.638,70

VALOR COBRADO 6.638,70

=====

NR.AUTENTICACAO 7.C4B.1F4.C8A.76E.EE9

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 101356
SERIE 1
FOLHA 1/2**CHAVE DE ACESSO**

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1013 5610 0054 1295

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.ST**PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO**

135200616094476 22/07/2020 18:41:33

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

22/07/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

22 JUL 2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 19/08/2020 6.638,70

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
6.011,50	924,96	0,00	0,00	6.638,70
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				6.638,70

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

31

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA**NÚMERO****PESO BRUTO**

182,86

PESO LÍQUIDO

182,86

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19006739 (5) 01/2022 (Fornecedor: 58, Lote: BF19006739, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/20- 22)	30043100	300	5102	FR	5	20,8740	104,37	104,37	18,79		18,00	
21675	LOSARTANA POTAS.50MG 30CP REVEST.- GEN-EMS LT 1R1300 (8) 04/2022 (Fornecedor: 335, Lote: 1R1300, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/- 04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	500	5102	CX	8	6,0000	48,00	48,00	5,76		12,00	
22773	MEROPENEM 1G 25FAM GEN-BIOCHIMICO LT 0088- 66 (4) 12/2021 (Fornecedor: 15111, Lote: 008866, Qtde: 4 ,Data Fab: 22/01/2020, Da- ta Val: 31/12/2021)	30042099	000	5102	CX	4	515,7000	2.062,80	2.062,80	247,53		12,00	
12449	SOL.CL.DE SODIO 0,9% 20FR 500ML-SANOBIOL LT 19105005 (5) 10/2021 (Fornecedor: 2591, Lote: 19105005, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/10/- 2019, Data Val: 31/10/2021)	30049099	000	5102	CX	5	47,9500	239,75	239,75	28,77		12,00	
12465	SOL.DE RINGER C/LACTATO 500ML 20FR-SANOB LT 20050581 (3) 05/2022 (Fornecedor: 2591, Lote: 20050581, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/05/- 2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	3	49,8767	149,63	149,63	17,96		12,00	

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R2V3R4V27R1n2V111

ITEM 8 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria

ITEM 8 ICMS-ST retido por operação anterior base: 624,48 valor: 59,44

Pedido: 101436

End. Entrega: AV GENERAL EURICO G.DUTRA,620 , CENTRO - 16370-000, PROMISSAO-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

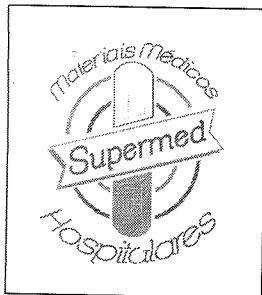
PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

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

Rota.....: 3 Cubagem: 0,83

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** 24/07/2020**ASS.****MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.****URGENTE
PERECÍVEL**



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 101356
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1013 5610 0054 1295

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
135200616094476 22/07/2020 18:41:33

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
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 5101M4 (20) 12/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 5101M4, Qtde: 20 ,Data Fab: 17/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183219	400	5102	CX	20	5,9130	118,26	118,26	14,19		12,00	
22991	CATETER IV 20G 1,1X32MM C/100-TKL LT 9050- 4/226 (1) 06/2024 (Fornecedor: 992, Lote: 90504/226, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2024)	90183924	200	5102	CX	1	63,6300	63,63	63,63	11,45		18,00	
25489	FRALDA AD.EXTRA GDE.C/07 C/10-SLIM GE- RIATRIC LT 8701001 (8) 01/2023 (Forneced- dor: 7983, Lote: 8701001, Qtde: 8 ,Data Fab: 17/01/2020, Data Val: 17/01/2023)	96190000	060	5405	FD	8	78,4000	627,20					
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR012K (7) 06/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR012K, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/06/20- 20, Data Val: 30/06/2023)	40151900	000	5102	CX	7	405,9986	2.841,99	2.841,99	511,56		18,00	
15181	SERINGA DESC.01ML C/500 INSULINA-SR LT H70 (4) 02/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H70, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2025)	90183111	200	5102	CX	4	60,1925	240,77	240,77	43,34		18,00	
10451	SONDA FOLEY 2V N.18 5-10CC C/10-SOLIDOR LT 8619052 (1) 05/2024 (Fornecedor: 2080, Lo- te: 8619052, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/201- 9, Data Val: 30/05/2024)	90183921	700	5102	CX	1	27,6800	27,68	27,68	4,98		18,00	
5584	AC.TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 5AMP 5ML-NIKKHO LT 1119.016 (6) 11/2021 (Fornecedor: 2611, Lote: 1119.016, Qtde: 6 ,Data Fab: 07/11/- 2019, Data Val: 01/11/2021)	30039099	500	5102	CX	6	19,1033	114,62	114,62	20,63		18,00	

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

=====

74891116205358303021702213581008683530000018990

BENEFICIARIO:

F B BABETO ME

NOME FANTASIA:

F B BABETO ME

CNPJ: 14.508.613/0001-49

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	81.710
DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

=====

NR.AUTENTICACAO A.510.476.EF3.A2C.832

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nã solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

Fit 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 92

Nº 000000015

Emissão: 03/08/2020

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

I SENTO

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

79d5.f4b7.5906.87b1.68f4.13f0.ede8.4adc

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100822634176983530000119710

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 81.711

NOSSE NUMERO 17115360000822634

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 20/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.197,10

VALOR COBRADO 1.197,10

=====

NR.AUTENTICACAO C.C58.88A.1B0.37E.A9D

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais habituais: agencia, SAC e demais canais de atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

PC EMILIO MARCONATO 1600 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP - CEP 13116-74 - FONE 5225800

DANFEDOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1318112 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3181 1210 5905 7982

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

135200556807658 06/07/2020 19:27:25

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

06/07/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

06/07/2020

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
1318112/1	20/08/2020	1.197,10						

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
1.197,10	215,48	0,00	0,00	1.197,10
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
				1.197,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPF 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1,00	VOLUME(S)		0,00000	1,390	1,390

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
031377	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (CRISTALIA) L: A125 06C Q: 30,0000 F: 23/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	19,97	599,10	599,10	107,84	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	29,90	598,00	598,00	107,64	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UG: 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: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI Mirandópolis Convenio 0107/2017 DATA ENTREGA: 07/07/2020 Pedido: 1660599 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1660599 *** 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 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 07/10/2020

ASS: *[Assinatura]*

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL
=====

00190000090171153600100827474172383530000257267
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 81.712
NOSSO NUMERO 17115360000827474
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 20/08/2020
DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO 2.572,67
VALOR COBRADO 2.572,67
=====

NR.AUTENTICACAO 1.C95.82E.821.FAF.9C4
=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA																					
CNPJ / CPF 58.111.111-0001		CHAVE DE ACESSO 3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3245 3011 3913 1149																					
Consultar de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora																							
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200611532364 21/07/2020 18:40:24																					
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 21/07/2020																			
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303		BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO		CEP 16400-400		DATA DA ENTRADA/SAÍDA 21/07/2020																	
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															
1324530/1	20/08/2020	2.572,67																					
CÁLCULO DO IMPOSTO																							
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.572,67		VALOR DO ICMS 463,08		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.572,67															
VALOR DO FRETE 0,00		VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR DO DESCONTO 0,00		OUTRAS DESPESAS 0,00		VALOR TOTAL DA NOTA 2.572,67															
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		CNPJ 15.066.184/0001-60															
ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260		MUNICÍPIO SÃO JOSÉ DO RIO PRETO		UF SP		INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114																	
QUANTIDADE 1,00		ESPÉCIE VOLUME(S)		MARCA		NUMERO 0,00012		PESO BRUTO 3,255															
								PESO LÍQUIDO 3,255															
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS																							
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO			NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS IPI									
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOQUÍMICO) L: 008997 Q: 50,000 O.F.: 30/06/20 V: 30/05/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D 1500846756			30042059	500	5102	FA	50,00	8,00	400,00	400,00	72,00	0,00	18,00 0,00									
030331	ENOXAPARINA SODICA 40MG/0,4ML (MYLAN) L: JB951 Q: 30,0000 F: 30/05/19 V: 30/04/2021			30049099	200	5102	SE	30,00	22,05	661,50	661,50	119,07	0,00	18,00 0,00									
030332	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC919 Q: 40,0000 F: 01/07/19 V: 30/06/2021			30049099	200	5102	SE	40,00	36,32	1.452,80	1.452,80	261,50	0,00	18,00 0,00									
031409	FUROSEMIDA 20MG/2ML (FARMACE) L: FS20E042 Q: 10 0,0000 F: 23/06/20 V: 31/05/2022			30039086	000	5102	AP	100,00	0,5837	58,37	58,37	10,51	0,00	18,00 0,00									
CÁLCULO DO ISSQN																							
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 550516029		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00		VALOR DO ISSQN 0,00																	
DADOS ADICIONAIS																							
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APÓS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDÓPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 22/07/2020 Pedido: 1674945 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1674945 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclaresense.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 22/07/2020 ASS. [Assinatura]																							
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 Unidade Despesa: Custeio																							

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL
=====

00190000090171153600100827490178883530000486908

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	81.713
NOSSO NUMERO	17115360000827490
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	4.869,08
VALOR COBRADO	4.869,08

=====

NR.AUTENTICACAO D.F63.ED1.D48.404.D61
=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Rioclareense
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1324549 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3245 4913 3468 6237

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
135200611578597 21/07/2020 18:58:02

CNPJ
67.729.178/0004-91

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

MUNICÍPIO

LINS

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

21/07/2020

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

21/07/2020

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

1324549/1	20/08/2020	4.869,08							
-----------	------------	----------	--	--	--	--	--	--	--

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

4.869,08

VALOR DO ICMS

862,90

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

4.869,08

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

4.869,08

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

9,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,03854

PESO BRUTO

45,495

PESO LÍQUIDO

45,495

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
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 0520 Q: 2,0000 F: 26/05/20 V: 30/05/2025	52030000	000	5102	RO	2,00	10,74	21,48	21,48	3,87	0,00	18,00	0,00
031657	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T22936 Q: 300,00 F: 19/06/20 V: 19/06/2023	62101000	000	5102	PC	300,00	14,00	4.200,00	4.200,00	755,99	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290534 Q: 600,0000 F: 16/12/19 V: 15/12/2021	38220090	700	5102	TI	600,00	0,57	342,00	342,00	61,56	0,00	18,00	0,00
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTION) L: 0064424 Q: 100,0000 F: 28/02/20 V: 28/02/2022	90183119	200	5102	PC	100,00	2,255	225,50	225,50	27,06	0,00	12,00	0,00
031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 2004 Q: 600,0000 F: 30/04/20 V: 30/04/2025	63079010	000	5102	PC	600,00	0,1335	80,10	80,10	14,42	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

550516029

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

0,00

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

0,00

VALOR DO ISSQN

0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA: 46374500001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800-000 UF: SP País: BRASILPREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 22/07/2020 Pedido: 1674949 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1674949 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclareense.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 Alíquota 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: 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 22/7/2020

ASS. Indoza

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:20
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100827503178283530000068760
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	81.714
NOSSO NUMERO	17115360000827503
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	687,60
VALOR COBRADO	687,60

=====

NR.AUTENTICACAO 9.E5B.010.5BF.123.F72
=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Rioclarensense

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NÚCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP: 13916-074 - 1935225800

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1324559 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3245 5916 0034 9698
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
135200611599834 21/07/2020 19:05:51
CNPJ
67.729.178/0004-91

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

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

21/07/2020

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

21/07/2020

CEP

16400-400

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

1324559/1

20/08/2020

687,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

VALOR DO ICMS

687,60

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

687,60

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

687,60

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

1,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

NUMERO

0,00003

PESO BRUTO

0,912

PESO LÍQUIDO

0,912

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

030330

ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA915 Q: 40,0000 F: 01/04/19 V: 31/03/2021

30049099

200

5102

SE

40,00

17,19

687,60

687,60

123,77

0,00

18,00 0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custo

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: 22/07/2020 Pedido: 1675030 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1675030 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarenses.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: 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 22/7/2020

ASS. Radson

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090130484000000827632175683530000094000

BENEFICIARIO:

COMERCIAL C RIOCLARENSE LTDA

NOME FANTASIA:

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTD

CNPJ: 67.729.178/0002-20

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO . 81.715

NOSSO NUMERO 13048400000827632

CONVENIO 01304840

DATA DE VENCIMENTO 20/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 940,00

VALOR COBRADO 940,00

=====

NR.AUTENTICACAO 3.BF4.20F.2E6.55F.B93

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

RioclarensenseCOMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32669-712 - 3134394300**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDANº. 0548020 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3120 0767 7291 7800 0220 5500 1000 5480 2010 3696 0332

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

131203754502870 21/07/2020 20:55:29

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERC ADQ E REC DE TERC, DEST A NAO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

0629965800021

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

813016120116

CNPJ

67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

MUNICÍPIO

LINS

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

21/07/2020

DATA DA ENTRADA SAÍDA

21/07/2020

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPLIC.

VENCIMENTO

VALOR

0548020/1

20/08/2020

940,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

940,00

VALOR DO ICMS

112,80

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

40,00

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

40,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA

ENDEREÇO

AV APIO CARDOSO 3115

QUANTIDADE

1,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

CONTAGEM

NUMERO

0,00002

PESO BRUTO

1,460

PESO LÍQUIDO

1,460

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
019054	OMEPRAZOL 40MG F-A (BLAU) L: 20060218 Q: 40,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2022, nFCI: AA556F42-9696-482D-B59C-863E1 71AF5FD	30049069	500	6108	FA	40,00	23,50	940,00	940,00	112,80	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

1282010014

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: 22/07/2020 Pedido: 1674956 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1674956 *** 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 Cobrança Privado. AFE: 1.04397.7 ** AE: 1.21715.1 ** AAS: 0342/2019 Validade: 08/07/2020 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) EC 87/2015 Valor ICMS Partilha UF Destino: 56,40 | 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 28/10/2020
ASS.

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100823142179183540000382029

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 81.716

NOSSO NUMERO 17115360000823142

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 21/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.820,29

VALOR COBRADO 3.820,29
=====

NR.AUTENTICACAO A.099.6E9.C38.3BD.0BC
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 emissor



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDANº. 1318660 FL 1 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3186 6015 3070 7370

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

135200561651668 07/07/2020 20:32:07

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

07/07/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

07/07/2020

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
1318660/1	21/08/2020	3.820,29						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
3.820,29	582,76	0,00	0,00	3.820,29	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.820,29

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.	0 - Por conta do emissor				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
2,00	VOLUME(S)		0,02942	23,776	23,776

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
022082	AGUA PARA INJECAO 500ML S.FECHADO (FRESENIUS KAB I) L: 74NF2231 Q: 30,0000 F: 30/06/19 V: 30/05/2021	30049099	000	5102	FR	30,00	2,77	83,10	83,10	9,97	0,00	12,00	0,00
031376	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (CRISTALIA) L: A123 06A2 Q: 30,0000 F: 21/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	15,8598	475,79	475,79	85,64	0,00	18,00	0,00
031378	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (CRISTALIA) L: A122 06P Q: 30,0000 F: 19/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	29,37	881,10	881,10	158,59	0,00	18,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALIA) A) L: 20050348 Q: 75,0000 F: 30/05/20 V: 30/05/2022	30049099	000	5102	AP	75,00	4,4787	335,90	335,90	60,46	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	4,6992	46,99	46,99	8,46	0,00	18,00	0,00
028215	MEROPENEM 1G (BIOQUIMICO) (ITEM GENERICO) I. 0089 21 Q: 75,0000 F: 27/03/20 V: 28/02/2022, nFCI: D1538FAF-856 B-4FBB-ACC9-59FF5BBC9EAA	30042099	500	5102	FA	75,00	22,20	1.665,00	1.665,00	199,80	0,00	12,00	0,00
006178	METADONA 5MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19110100 Q: 20,0000 F: 01/11/19 V: 01/11/2021 L: 19110102 Q: 40,0000 F: 30/11/19 V: 30/11/2021 *** 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	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: 08/07/2020 Pedido: 1662164 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1662164 *** 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 Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emissor: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDOPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 061/2020
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 08/07/2020

ASS. 



Rioclarenses

DANFE

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA



3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3186 6015 3070 7370

VENDA DENTRO ESTADO

135200561651668 07/07/2020 20:32:07

395060142110

67.729.178/0004-91

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
031021	VANCOMICINA 500MG (NOVAFAR/FRESEN) L: 78PD1565 Q : 50,0000 F: 24/04/20 V: 24/04/2022	30042071	000	5102	FA	50,00	5,8318	291,59	291,59	52,49	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 Miradópolis 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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615306425343359900002034312583540000026501

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO , 81.717

NOSSE NUMERO 6153642534

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 265,01

VALOR COBRADO 265,01

=====

NR.AUTENTICACAO 0.7B0.E0D.ED6.469.281

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 80430
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0704 0278 9400 0750 5500 1000 0804 3010 0017 6616

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

135200616713092 22/07/2020 23:23:15

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

22/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

22/07/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

23:22

FATURA / DUPLICATA

001 21/08/2020 265,01

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

218,51

VALOR DO ICMS

39,33

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

265,01

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

265,01

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
O EMITENTE (43)

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

3

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
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 260, Qtde: 5, Dt Val: 01/06/2025 ,Data Fab: 01/06/2020)	90211020	040	5102	PCT	5	4,9000	24,50					
34551	CATETER P/OXIG TIPO OCULOS C/100 - MEDSONDA (Lote: 55345, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2024 ,Data Fab: 01/06/2020)	90183929	000	5102	CX	1	63,9100	63,91	63,91	11,50		18,00	
37605	BRONQUINHO COLETOR DE SECRECAO 120ML - BIOMEG BIOTEC (Lote: 20A02197, Qtde: 5, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/2020)	90183929	040	5102	UN	5	4,4000	22,00					
35335	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 400/10 - NOBRE (Lote: 0220, Qtde: 1, Dt Val: 28/02/2023 ,Data Fab: 01/02/2020)	30059090	000	5102	CX	1	154,6000	154,60	154,60	27,83		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
CONVENIO 0107/2017 AC LAIS UTI MIRANOPOLIS
ITEM 1 ISENCAO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010
ITEM 3 ISENCAO DE ICMS REF CONVENIO 01/99
ITEM 4
ITENS 1 a 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 65,97, Federal, R\$ 26,64, Estadual, R\$ 39,33
Pedido: 90653
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 24/07/2020
ASS.

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000093056216001042183540000084167

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	81.718
DATA DE VENCIMENTO	21/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	841,67
VALOR COBRADO	841,67

NR.AUTENTICACAO	9.229.D34.C19.732.157
-----------------	-----------------------

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

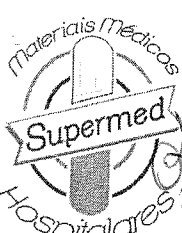
Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de

cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
1-SAIDA 1

Nº 455558
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
131203755595629 22/07/2020 14:44:08

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a nao contribuinte

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
131203755595629 22/07/2020 14:44:08

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
22/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE VALIDADE
22 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/08/2020 841,67

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	
841,67		33,67		0,00		0,00		841,67	
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									841,67

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

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
27484	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT LS C/25-BIOBASE LT BWC8010919 (4)09/22 (Fornecedor: 1, Lote: BWC8010919, Qtde: 4, Data Fab: 02/09/-2019, Data Val: 02/09/2022)	90183999	200	6108	CX	4	23,4200	93,68	93,68	3,75		4,00	
26642	SIST.FECHADO ASPIR.TRAQUE.N.14-BRMED LT 201034 (4)03/25 (Fornecedor: 4, Lote: 201034, Qtde: 4, Data Fab: 26/06/2020, Data Val: 18/03/2025)	90183929	200	6108	UND	4	186,9975	747,99	747,99	29,92		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 6...
ITEM 1 e 2 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal).
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 117,84
Pedido: 423707
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: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 21/07/2020
ASS.

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093056215201049183540000498457

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	81.719
DATA DE VENCIMENTO	21/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	4.984,57
VALOR COBRADO	4.984,57

=====

NR.AUTENTICACAO 7.F81.9A2.CF5.E03.6A4

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de

cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



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 101221
SERIE 1
FOLHA 1/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1012 2110 0113 8396

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135200615281248 22/07/2020 15:44:18

DESTINATÁRIO / REMETENTE

CNPJ
11.206.099/0004-41

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
22/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
22 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/08/2020 4.984,57

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
4.664,57	799,10		0,00	4.984,57
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESKOUTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS				VALOR TOTAL DA NOTA
				4.984,57

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANT

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

75,29

PESO LÍQUIDO

75,29

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
6826	ABAIXADOR LINGUA MADEIRA C/100-THEOTO LT 115 (1) 12/2024 (Fornecedor: 261, Lote: 115, Qtde: 1, Data Fab: 04/12/2019, Data Val: 04/12/2024)	44219900	000	5102	PCT	1	2,6700	2,67	2,67	0,48		18,00	
21897	AG.DESC.13 X 4,5 C/100-SR LT 5101M4 (6) 12/2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 5101M4, Qtde: 6, Data Fab: 17/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183219	400	5102	CX	6	6,2700	37,62	37,62	4,51		12,00	
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 5219M4 (6) 12/ 2024 (Fornecedor: 7737, Lote: 5219M4, Qtde: 6, Data Fab: 03/12/2019, Data Val: 31/12/2024)	90183219	400	5102	CX	6	6,1400	36,84	36,84	4,42		12,00	
13434	AG.DESC.40 X 12 C/100-SOLIDOR LT 57119081 (15) 08/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 571- 19081, Qtde: 15, Data Fab: 01/08/2019, Da- ta Val: 30/08/2024)	90183219	200	5102	CX	15	7,1000	106,50	106,50	12,78		12,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 15/04 (10) 04/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 15/- 04, Qtde: 10, Data Fab: 06/04/2020, Data Val: 06/04/2025)	90211020	040	5102	DZ	10	6,3000	63,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V3R4V101|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 20 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
ITEM 7 Imposto Recolhido por Substituicao Tributaria
ITEM 7 ICMS-ST retido por operacao anterior base: 78,30 valor: 8,00
Pedido: 101356

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: 0,44

Convenio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 001/2020

RESERVADO AO FISCO

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saude

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis

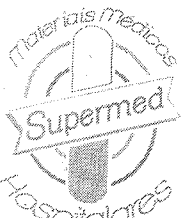
Tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 24/07/2020

ASS. _____

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:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº .101221
SERIE 1
FOLHA 2/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1012 2110 0113 8396

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

135200615281248 22/07/2020 15:44:18

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
28748	AV.DESC.ML 20GR BR C/PUNHO C/10-BOMPACK LT ETMW036 (40) 07/2024 (Fornecedor: 1837, Lote: ETMW036, Qtde: 40 ,Data Fab: 01/07/- 2019, Data Val: 30/07/2024)	62101000	200	5102	PCT	40	35,0000	1.400,00	1.400,00	252,00		18,00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 271.05/20 (10) 05/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 271.05/20, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/0- 5/2020, Data Val: 31/05/2022)	33069000	060	5405	UND	10	7,9000	79,00					
28389	COL.UR.2000 ML SF C/ VALV C/05 ESPE- CIAL-DESCARPACK LT SBSAAA0004 (2) 08/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SBSAAA0004, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 31/08/- 2024)	39269030	500	5102	CX	2	15,1500	30,30	30,30	5,45		18,00	
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (3) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 3 ,Data Fab: 30/11/- 2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	3	18,7300	56,19	56,19	10,11		18,00	
22197	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC-VITALDERM LT 20171110 (50) 11/2022 (Fornecedor: 142, Lote: 20171110, Qtde: 50 ,Data Fab: 10/11/ 2017, Data Val: 10/11/2022)	48114190	200	5102	UND	50	0,8200	41,00	41,00	7,38		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 38119S06AAAA (12) 08/2021 (Fornecedor: 20- 80, Lote: 38119S06AAAA, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2021)	90181100	200	5102	PCT	12	15,4300	185,16	185,16	33,33		18,00	
23054	C.G.7,5 X 7,5 13F N.ESTERIL-CLEAN LT 1913- 03/20 (6) 03/2024 (Fornecedor: 1886, Lote: 191303/20, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 01/03/2024)	58030010	000	5102	PCT	6	7,3900	44,34	44,34	7,98		18,00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA008A (6) 11/2024 (Fornecedor: 91- 8, Lote: SLAKAA008A, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 29/11/2024)	90183999	200	5102	CX	6	18,9200	113,52	113,52	20,43		18,00	
23716	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-TALGE LT TLVMU007 (1) 06/2023 (Fornecedor: 1695, Lote: TLVMU007, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/- 2018, Data Val: 30/06/2023)	39262000	200	5102	CX	1	349,8000	349,80	349,80	62,96		18,00	
16980	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-LEMGRUBER LT PR012K (4) 06/2023 (Fornecedor: 7934, Lote: PR012K, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/06/20- 20, Data Val: 30/06/2023)	40151900	000	5102	CX	4	405,9975	1.623,99	1.623,99	292,32		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	23,4200	23,42	23,42	4,22		18,00	
28374	SERINGA DESC.10ML SLIP C/450-INJEX LT 166- 6/19 (1) 09/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1666/19, Qtde: 1 ,Data Fab: 25/09/2019, Data Val: 25/09/2024)	90183119	000	5102	CX	1	109,9100	109,91	109,91	13,19		12,00	
15182	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/250-SR LT H26 (4) 01/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H26, Qtde: 4 ,Data Fab: 24/01/2020, Data Val: 31/01/2025)	90183119	200	5102	CX	4	96,1400	384,56	384,56	46,15		12,00	
10449	SONDA FOLEY 2V N.16 5-10CC C/10-SOLIDOR LT 08519051 (1) 05/2024 (Fornecedor: 2080, Lote: 08519051, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/- 2019, Data Val: 30/05/2024)	90183921	700	5102	CX	1	29,3400	29,34	29,34	5,28		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 2000015341 (20) 04/2023 (Fornecedor: 1496, Lote: 2000015341, Qtde: 20 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/ 2023)	90183921	040	5102	PC	20	8,9000	178,00					

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



**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 101221
SERIE 1
FOLHA 3/3



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1012 2110 0113 8396

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200615281248 22/07/2020 15:44:18

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
22390	SONDA END.PVC N.7,5 C/CUFF C/10-CIRUTRAQ LT 17610 (1) 10/2022 (Fornecedor: 7960, Lote: 17610, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/10/201- 7, Data Val: 09/10/2022)	90183929	200	5102	CX	1	44,2100	44,21	44,21	7,96		18,00	
10733	SONDA END.PVC N.8,0 C/CUFF C/10-SOLIDOR LT 1219121 (1) 12/2024 (Fornecedor: 2080, Lo- te: 1219121, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/201- 9, Data Val: 30/12/2024)	90183929	200	5102	CX	1	45,2000	45,20	45,20	8,15		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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093056214401046983540000301184

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	81.720
DATA DE VENCIMENTO	21/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.011,84
VALOR COBRADO	3.011,84

=====

NR.AUTENTICACAO 1.32F.688.B36.9F4.95E

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

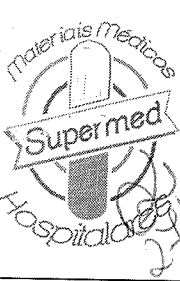
0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



**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 101207
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1012 0710 0081 5522

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

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200615019964 22/07/2020 14:58:15

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

22/07/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

22 JUL 2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX

1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/08/2020 3.011,84

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.011,84	404,35	0,00	0,00	3.011,84
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				3.011,84

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

8

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

26,89

26,89

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 RGN (3) 05/2022 \ LT HHC (1) 05/2022 (Fornecedor: 15842, Lote: HGN, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/20- 22 / Fornecedor: 15842, Lote: HHC, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/20- 22)	30049099	000	5102	CX	4	82,4000	329,60	329,60	59,33		18,00	
11929	CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 10- OML-PRATI DONADUZZI LT 20A08D (10) 01/2022 (Fornecedor: 9706, Lote: 20A08D, Qtde: 10 ,Data Fab: 13/01/2020, Data Val: 13/01/20- 22)	30049099	500	5102	FR	10	1,9300	19,30	19,30	3,47		18,00	
23293	DIPIRONA(SANTIDOR) 1G 10- OAMP 2ML IM/IV-SANTISA LT 11504620 (1) 02/ 2022 (Fornecedor: 931, Lote: 11504620, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 01/02/2022)	30039099	000	5102	CX	1	58,8800	58,88	58,88	10,60		18,00	
9555	ESPIRONOLACTONA 25MG 30CP GEN-EMS LT 1K65- 79 (1) 10/2021 (Fornecedor: 1, Lote: 1K65- 79, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 31/10/2021)	30043220	000	5102	CX	1	4,8600	4,86	4,86	0,58		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R1V18V51nV11UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017

Pedido: 101354

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090196 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

Tipo de Despesa: Custeio

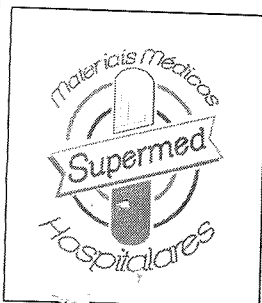
AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 24/07/2020

ASS.

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

**URGENTE
PERECÍVEL**



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

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 101207
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1012 0710 0081 5522

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

135200615019964 22/07/2020 14:58:15

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006523 (5) 11/2020 (Fornecedor: 58, Lote: BF18006523, Qtde: 5 ,Data Fab: 31/12/2018, Data Val: 30/11/2020)	30043100	300	5102	FR	5	20,4280	102,14	102,14	18,39		18,00	
13478	INSUNORM R 100UI 1FAM 10ML SC/IV-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF19006739 (5) 01/2022 (Fornecedor: 58, Lote: BF19006739, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2022)	30043100	300	5102	FR	5	20,8740	104,37	104,37	18,79		18,00	
28423	LEVOFLOXACINO 500MG 7CP REVEST. GEN-CIME LT 1922933 (1) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lote: 1922933, Qtde: 1 ,Data Fab: 19/11/2019, Data Val: 19/11/2021)	30049099	000	5102	CX	1	3,9200	3,92	3,92	0,47		12,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/-98) LT 19120111 (3) 12/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19120111, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 31/12/2021)	30049039	000	5102	CX	3	13,4667	40,40	40,40	7,27		18,00	
26077	LUPBEM GTS MORANGO 10ML -NATULAB LT 117274 (10) 03/2022 (Fornecedor: 960, Lote: 1172-74, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 30/03/2022)	30049099	000	5102	FR	10	1,2000	12,00	12,00	2,16		18,00	
12445	AGUA P/ INJECAO 20FR 500ML-SANOBIOL LT 20-040786 (1) 04/2022 (Fornecedor: 2591, Lote: 20040786, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	1	48,7400	48,74	48,74	8,77		18,00	
13324	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 10ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP-066/20 (1) 04/2-022 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-066/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	30049099	000	5102	CX	1	2.287,6300	2.287,63	2.287,63	274,52		12,00	

Convênio nº 0197/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brondi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093056217901042283540000192155

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	81.721
DATA DE VENCIMENTO	21/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.921,55
VALOR COBRADO	1.921,55

=====

NR.AUTENTICACAO 9.4D8.FFF.4A2.992.854

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

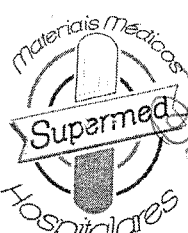
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 455568
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

131203755628305 22/07/2020 15:00:56

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

131203755628305 22/07/2020 15:00:56

CNPJ

11.206.099/0001-07

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
22/07/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/08/2020 1.921,55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
22 JUL 2020

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
1.921,55	97,06		0,00	1.921,55
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
				1.921,55

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

18,65

18,65

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
29114	NITROP 50MG 5AMP 2ML-HYPOFARMA LT 20060932 (2)06/22 (Fornecedor: 131, Lote: 20060932, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30039099	000	6108	CX	2	80,0000	160,00	160,00	19,20		12,00	
29109	TAZOMAZ 4,50GR 10FAM-U.QUIMICA LT PT04200- 26A (7)01/22 (Fornecedor: 1390, Lote: PT0- 420026A, Qtde: 7 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2022)	30049099	200	6108	CX	7	238,4429	1.669,10	1.669,10	66,76		4,00	
10889	CORTICORTEN 20MG 20CP-NEO QUIMICA LT B20A- 1514 (2)01/23 (Fornecedor: 1113, Lote: B2- 0A1514, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/01/2020, Da- ta Val: 31/01/2023)	30043999	000	6108	CX	2	3,9000	7,80	7,80	0,94		12,00	
23523	QUETIAPINA(CI) 25MG 30CP REV.- GEN-EMS (PORT.344/98) LT 1P3112 (6)02/22 (Fornecedor: 335, Lote: 1P3112, Qtde: 6 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/20- 22)	30049079	000	6108	CX	6	4,9583	29,75	29,75	3,57		12,00	
12463	SOL.DE GLICOSE 5% 12FR 1000ML-SANOBIOL LT 19065152 (1)06/21 (Fornecedor: 4, Lote: 19065152, Qtde: 1 ,Data Fab: 17/10/2019, Data Val: 30/06/2021)	30049099	000	6108	CX	1	54,9000	54,90	54,90	6,59		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017.# R 41 3..
ITEM 2 Aliquota para produtos importados (Resol ucao 13/2012 do Senado Federal.
Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 248,81
Pedido: 423702

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: 0,04

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 24/07/2020

ASS. [Assinatura]

Mercedarias avariadas, ou faltar
serão repostas se forem relacionadas
no conhecimento de transportes.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85660000007 11890064023
	31453494610 00105610213
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
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	711,89

DOCUMENTO: 081722
AUTENTICACAO SISBB: B.E48.324.59F.97F.3D3

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	31/07/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 16 3374-8438	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
DARF IRRF 07 2020 UTI MIR ANDOPOLIS	07 VALOR DO PRINCIPAL	711,89
DARF válido para pagamento até 20/08/2020 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	711,89
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85660000007-4 11890064023-6 31453494610-3 00105610213-8



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	0561
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
01 NOME / TELEFONE ASSOC HOSP BENEF DO BRASIL 16 3374-8438	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
DARF IRRF 07 2020 UTI MIR ANDOPOLIS	07 VALOR DO PRINCIPAL	711,89
DARF válido para pagamento até 20/08/2020 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	711,89
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	

85660000007-4 11890064023-6 31453494610-3 00105610213-8



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

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

12/08/1

21: 45.349.461/0008-89
íodo: 01/07/2020 a 31/07/2020

Emissão: 17/08/2020
Horas: 08:54:59

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Idigo	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF
Período: 01/07/2020 a 31/07/2020									
REGADOS									
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 06/20	3.125,31	296,66	379,18	2	7,50	142,80	40,91
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 06/20	3.276,36	317,62	0,00	0	15,00	354,80	89,01
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 06/20	2.964,22	277,33	189,59	1	7,50	142,80	44,50
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 06/20	2.943,91	274,89	0,00	0	7,50	142,80	57,38
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 06/20	3.257,41	314,97	189,59	1	7,50	142,80	63,66
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Férias	3.069,68	289,98	0,00	0	7,50	142,80	65,68
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 06/20	3.001,29	281,78	0,00	0	7,50	142,80	61,16
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 06/20	4.620,04	505,73	0,00	0	22,50	636,13	289,59
Total:			26.258,22	2.558,96					711,89

Regados: 8 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 26.258,22 2.558,96 758,36 711,89

al Geral:

Regados: 8 Estagiários: 0 Contribuintes: 0 Total: 26.258,22 2.558,96 758,36 711,89

Resumo Geral IRRF

ód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	06/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 06/2020	0,00	44.323,81	0,00	44.323,81	0,00
0588	Mensal 06/2020	0,00	1.407,58	0,00	1.407,58	0,00
Totalizador			45.731,39	0,00	45.731,39	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 Miranda
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
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	07/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO INSS	3.676,69
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	3.676,69

=====

DOCUMENTO: 081723

AUTENTICACAO SISBB: 0.439.9A0.F36.A15.3EE

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
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	07/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	17/08/2020
VALOR DO INSS	3.676,69
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	3.676,69

=====

DOCUMENTO: 081723

AUTENTICACAO SISBB: 0.439.9A0.F36.A15.3EE

***** 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	07/2020
		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	3.676,69
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/08/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
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.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	3.676,69
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	07/2020
		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	3.676,69
		7 -	
		8 -	
2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS)	20/08/2020	9 - VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
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.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	3.676,69
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

12/08/2020

PJ: 45.349.461/0008-89
Título: Folha Mensal
Competência: 07/2020

Emissão: 04/08/2020
Horas: 18:16:24

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Idigo	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor	
EMPREGADOS								
2329	ALCIONE BOGAZ	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	2.942,75	0,00	0,00	0,00	9,34	274,75	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.479,32	0,00	0,00	0,00	9,95	346,03	
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.693,32	0,00	0,00	0,00	8,07	136,71	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.964,22	0,00	0,00	0,00	9,36	277,33	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	3.165,16	0,00	0,00	0,00	9,54	302,05	
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.869,89	0,00	0,00	0,00	8,16	152,61	
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.607,61	0,00	0,00	0,00	8,02	129,00	
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.871,02	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.660,45	0,00	0,00	0,00	8,06	133,76	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.808,74	0,00	0,00	0,00	8,13	147,10	
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2135	EDILENE MANOEL	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	1.606,95	0,00	0,00	0,00	8,02	128,94	
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	1.419,03	0,00	0,00	0,00	7,91	112,03	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.400,49	0,00	0,00	0,00	7,88	110,36	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.830,34	0,00	0,00	0,00	8,14	149,05	
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	3.257,41	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	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
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	3.294,48	0,00	0,00	0,00	9,72	320,16	
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	2.934,36	0,00	0,00	0,00	9,45	273,75	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,16	252,51	
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.625,79	0,00	0,00	0,00	8,04	130,64	
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.911,66	0,00	0,00	0,00	8,18	156,36	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	1.629,26	0,00	0,00	0,00	8,04	130,95	
33	THAIS BOARETO DA SILVA	4.620,04	0,00	0,00	0,00	10,95	505,73	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.606,72	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
Empregados:		39	Total:	79.829,85	0,00	0,00	3.257,41	6.934,10
Contribuintes:		0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:		39	Total:	79.829,85	0,00	0,00	3.257,41	6.934,10

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
al	79.829,85	0,00	6.934,10	0,00	0,00	0,00	3.257,41	0,00	3.676,69

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0009
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

FINALIDADE: 01. CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.
AGENCIA: 5042-3 - UNIMAI CENTO LESTE PAULISTA
CONTA: 4.599-3

FAVORECIDO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D
CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74
VALOR: R\$ 60,91
DEBITO EM: 17/08/2020
=====

DOCUMENTO: 081724
AUTENTICACAO SISBB: 1.B94.248.388.C64.A4E

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615306425283359100002034312783540000094660

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:.

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 81.725

NOSSO NUMERO 6153642528

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 21/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 17/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 946,60

VALOR COBRADO 946,60

NR.AUTENTICACAO 4.B96.A2E.724.ADE.5BB

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPA0002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 80424
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0704 0278 9400 0750 5500 1000 0804 2410 0141 9680

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
135200616692102 22/07/2020 23:13:56

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
22/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
22/07/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
23:09

FATURA / DUPLICATA

001 21/08/2020 946,60

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	946,60	VALOR DO ICMS	161,76	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	946,60
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	946,60

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE (43)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 1,20	PESO LÍQUIDO 1,20

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
29193	BROMOPRIDA INJ.50/2ML GEN-U.QUIMICA OL (Lote: 2000787, Qtde: 3, Dt Val: 31/01/2023 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049045	000	5102	CX	3	47,9000	143,70	143,70	17,24		12,00	
26473	HEMOFOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 20050390, Qtde: 4, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30049099	000	5102	CX	4	140,0000	560,00	560,00	100,80		18,00	
36196	BETACRIS 5MG INJ 10/5ML - CRISTALIA (Lote: 19090408, Qtde: 1, Dt Val: 30/09/2021 ,Data Fab: 01/09/2019)	30049039	000	5102	CX	1	230,4000	230,40	230,40	41,47		18,00	
23866	CLOPAM 2MG C/200CP-CRISTALIA B1 (Lote: 19110718, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2019)	30049069	000	5102	CX	1	12,5000	12,50	12,50	2,25		18,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANOPOLIS CONVENIO 0107/2017 AC LAIS endereço rua dr raul da cunha bueno 585
jd sta rosa penapolis sp
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 161,76, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 161,76
Pedido: 90648
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 23/07/2020
ASS.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.21
6790306790 SEGUNDA VIA 0006

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 85680000051 79040064023

31453494610 00159520213

DATA DO PAGAMENTO 20/08/2020

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 5.179,04

DOCUMENTO: 082001

AUTENTICACAO SISBB: 3.7FE.F1A.003.A81.903

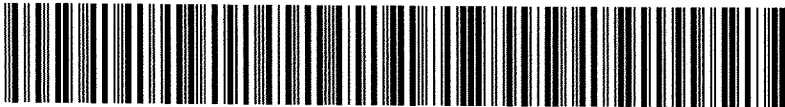
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

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	31/07/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.179,04
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/08/2020 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	5.179,04
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 17/08/2020 11:21:59	

85680000051-0 79040064023-7 31453494610-3 00159520213-4



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.179,04
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 20/08/2020 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	5.179,04
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 17/08/2020 11:21:59	

85680000051-0 79040064023-7 31453494610-3 00159520213-4



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

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Base de Cálculo	ISS	IRRF	PCC	TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
29/06/2020	48283	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 3.977,13	R\$ -	R\$ 59,66	R\$ 184,94	R\$ 244,59	R\$ 3.732,54
20/07/2020	311	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
				R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
		TOTAL	R\$ 111.377,13	R\$ -	R\$ 1.670,66	R\$ 5.179,04	R\$ 6.849,69	R\$ 104.527,44

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.21
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 85660000016 70660064023

31453494610 00117080213

DATA DO PAGAMENTO 20/08/2020

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 1.670,66

DOCUMENTO: 082002

AUTENTICACAO SISBB: E.5F3.D55.B14.8F3.798

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	31/07/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.670,66
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.670,66
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 20/08/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.71.6643 17/08/2020 10:42:52

85660000016-5 70660064023-1 31453494610-3 00117080213-4



Aprovado pela IN/RFB nº 736/07

2ª via

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/07/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	20/08/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.670,66
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.670,66
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	DARF válido para pagamento até 20/08/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	

SicalcWeb versão 1.7.71.6643 17/08/2020 10:42:52

85660000016-5 70660064023-1 31453494610-3 00117080213-4



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

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

DATA DO DOCUMENTO	Nº DOC	CREDOR	Base de Cálculo	ISS	IRRF	PCC	TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
29/06/2020	48283	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 3.977,13	R\$ -	R\$ 59,66	R\$ 184,94	R\$ 244,59	R\$ 3.732,54
20/07/2020.	311	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
				R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
		TOTAL	R\$ 111.377,13	R\$ -	R\$ 1.670,66	R\$ 5.179,04	R\$ 6.849,69	R\$ 104.527,44

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399168274900000000704683301016783580000048000

BENEFICIARIO:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

NOME FANTASIA:

PASSARELLI MOMESSO IMPRESSOES LTDA

CNPJ: 00.841.936/0001-45

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO 82.401

DATA DE VENCIMENTO 25/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 24/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 480,00

VALOR COBRADO 480,00

=====

NR.AUTENTICACAO E.86D.B12.93D.41C.D12

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615481747523359300002034312583600000033572

BENEFICIARIO:

DUPATRI H C I EXPORTACAO LTDA

NOME FANTASIA:

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTA

CNPJ: 04.027.894/0001-64

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEF DO BRAS

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 82.402

NOSSO NUMERO 6154174752

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 27/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 24/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 335,72

VALOR COBRADO 335,72

NR.AUTENTICACAO 1.EC1.32C.4AF.B24.8FE

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 81828
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0704 0278 9400 0750 5500 1000 0818 2810 0123 5738

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
135200636689573 28/07/2020 20:00:23

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
28/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
28/07/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
19:59

FATURA / DUPLICATA

001 27/08/2020 335,72

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	335,72	VALOR DO ICMS	60,43	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	335,72
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	335,72

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE (43)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 0,30	PESO LÍQUIDO 0,30

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
26473	HEMOPOL 5000UI 25/0,25 SUBC.-CRISTALIA (Lote: 20050390, Qtde: 2, Dt Val: 31/0- 5/2022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30049099	000	5102	CX	2	140,0000	280,00	280,00	50,40		18,00	
30874	ELETRODO DESC. C/50 (N) REF.BRQ 2223/2- 228 - 3M (Lote: 1933100175, Qtde: 4, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019)	90181990	000	5102	PCT	4	13,9300	55,72	55,72	10,03		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
RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS (18) 99143-9531
ITEM 2
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS, CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 64,65, Federal, R\$ 4,22, Estadual, R\$ 60,43
Pedido: 92667
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/07/2020
ASS.

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100829691179183600000145380

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 82.403

NOSSO NUMERO 17115360000829691

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 27/08/2020

DATA DO PAGAMENTO 24/08/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.453,80

VALOR COBRADO 1.453,80

=====

NR.AUTENTICACAO 5.A03.5B5.0DD.1F8.AEA

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP: 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1327428

FL 1 / 1

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3274 2810 5905 7988

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200636792884 28/07/2020 20:45:25

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

28/07/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

28/07/2020

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
1327428/1	27/08/2020	1.453,80						

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	
1.453,80	256,99	0,00	0,00	1.453,80	
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	1.453,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL			FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.			0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60
ENDEREÇO			MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260			SAO JOSE DO RIO PRETO			SP	647598751114
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO		PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
2.00	VOLUME(S)		0.02174		12.515	12.515	

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
031661	PIPERACILINA 4,0G + TAZOBACTAM 0,5G (UNIAO QUIMIC A) L: PT0420022A Q: 50,0000 F: 28/02/20 V: 30/01/2022	30049099	200	5102	FA	50,00	27,51	1.375,50	1.375,50	247,59	0,00	18,00	0,00
024359	SORO GLICOSADO 5% 250ML S.FECHADO (EUROFARMA) L: 669536 Q: 30,0000 F: 27/03/20 V: 27/03/2022	30049099	000	5102	FR	30,00	2,61	78,30	78,30	9,40	0,00	12,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado de Saúde
USG: 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: BRASIL
PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 4180 *UTI MIRANDÓPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 29/07/2020 Pedido: 1679778 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1679778 *** 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.XVII. RICMS/SP Dec.45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 29/7/20
ASS. *[Assinatura]*

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:21
679006790 0004

Mirandópolis

	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000020550 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 000020550 Data Emissão 17/08/2020

Nº Fatura 000020550	Valor R\$ 378,12	Vencimento 30/08/2020
------------------------	---------------------	--------------------------

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
TREZENTOS E SETENTA E OITO REAIS E DOZE CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCAÇÃO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCAÇÃO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/07/202 0 A 16/08/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414 EXCEDENTE DE 3302 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 198,12	1	378,12		378,12
Valor total da nota R\$				0,00
				378,12

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 00022.960173 9 83630000037812
--	--------------	--

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				Vencimento 30/08/2020
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 17/08/2020	Número do Documento 000020550/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data do Processamento 17/08/2020
Uso do Banco	Carteira 17	Moeda R\$	Quantidade	Valor
				Nosso Número 22487170000022960
				(=) Valor do Documento 378,12

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.) NAO DISPENSAR JUROS DE MORA COBRAR JUROS DE R\$ 0,50 AO DIA NAO CONCEDER DESC. PROTESTAR APOS 5 DIAS MULTA DE 2,00 % A PARTIR DE 30/08/2020	(-) 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 22487170000022960
--	--

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

24/08/2020

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 12.11.22
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC

CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26

VALOR: R\$ 100.794,90

DEBITO EM: 24/08/2020

=====

DOCUMENTO: 082406

AUTENTICACAO SISBB: B.40A.748.EC9.E70.E30



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Número da
NFS-e
332



Data e Hora da Emissão	21/08/2020 11:59:02	Competência	21/8/2020	Código de Verificação	GZSF2DMDO
Número do RPS		No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	SAO CARLOS - SP

Prestador de Serviço

Razão Social/Nome	WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDICA LTDA - EPP				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	26.392.666/0001-26	Inscrição Municipal	73644	Município	SAO CARLOS - SP
Endereço e CEP	RUA PASSEIO DOS IPÊS ,320 - PARQUE FABER CASTELL I CEP: 13561-385				
Complemento	COND.TRIADE 01 - CJ.408	Telefone	3419-8647	e-mail	

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

Quantidade de plantões: 62

Referente Julho 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

241081

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:22
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093080440701045583600000141588

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	82.407
DATA DE VENCIMENTO	27/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	24/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.415,88
VALOR COBRADO	1.415,88

=====

NR.AUTENTICACAO 2.14F.97D.90D.2B4.D4C

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

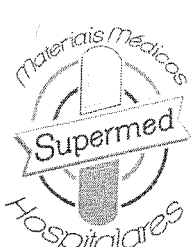
0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.



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

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

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 457033
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3120 0711 2060 9900 0107 5500 1000 4570 3310 0083 9847

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
131203762776279 28/07/2020 16:21:05

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
28/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
28 JUL 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 27/08/2020 1.415,88

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
1.415,88		131,67	0,00		0,00	1.415,88
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00		0,00	0,00		0,00	1.415,88

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 MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1	CAIXA			2,38	2,38	

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
14586	ENOXALOW 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BLAU LT 20050754 (3)03/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20050754, Qtde: 3, Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	30049099	000	6108	CX	3	299,7467	899,24	899,24	107,91		12,00	
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU LT 19031040 (3)02/21 (Fornecedor: 47, Lote: 19031040, Qtde: 3, Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 28/02/2021)	30049099	300	6108	CX	3	159,3333	478,00	478,00	19,12		4,00	
16233	EQ.DIETA ENTERAL FLEX.S/FIL.ESCA-LON-MEDS LT 55193 (40)06/24 (Fornecedor: 9657, Lote: 55193, Qtde: 40, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2024)	90189010	000	6108	PC	40	0,9660	38,64	38,64	4,64		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 42 B 8...
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\$ 123,19
Pedido: 425185
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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 29/10/2020

ASS. *[Assinatura]*

[Assinatura] 24/08/1

Impressões avançadas, ou não,
serão válidas se forem relacionadas
no recolhimento de transportes.

02/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 12:11:22
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000093080437701040783600000060061

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	82.408
DATA DE VENCIMENTO	27/08/2020
DATA DO PAGAMENTO	24/08/2020
VALOR DO DOCUMENTO	600,61
VALOR COBRADO	600,61

=====

NR.AUTENTICACAO 7.D54.E50.C39.89D.F00

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

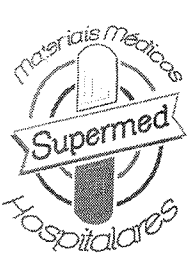
Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
"Dr. Osvaldo 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

Nº 102832
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3520 0711 2060 9900 0441 5500 1000 1028 3210 0106 4245

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
135200636081930 28/07/2020 17:00:25

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
28/07/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA / DUPLICATA

001 27/08/2020 600,61

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
600,61	108,11	0,00	0,00	600,61
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	600,61

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 4	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 10,70	PESO LÍQUIDO 10,70

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
28705	FUROSEFARMA 20MG 100AMP 2ML-FARMACE LT FS20B016 (2) 02/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: FS20B016, Qtde: 2, Data Fab: 16/02/- 2020, Data Val: 16/02/2022)	30039086	000	5102	CX	2	71,7050	143,41	143,41	25,81		18,00	
8532	AGUA P.INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT HGL (3) 05/2022 (Fornecedor: 15842, Lo- te: HGL, Qtde: 3, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	3	75,1600	225,48	225,48	40,59		18,00	
12359	VANCOMICINA (NOVAMICIN) 500MG 50FAM-NOVA- FARMA LT 78PB0614 (1) 02/2022 (Fornecedor: 1901, Lote: 78PB0614, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30042071	000	5102	CX	1	231,7200	231,72	231,72	41,71		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V1R3V3||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017 A/C LAIS ...
Pedido: 103137
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: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 29/07/2020

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



Aviso de lançamento

G3360220573718261
02/09/2020 21:42:56

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

Data 26/08/2020 Valor R\$ 4.336,00 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 142, 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 trezentos e trinta e seis reais)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 02/09/2020 21:42:56

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 THAIS BOARETO DA SILVA		Número Carteira Profissional 22778	Série 315
PERÍODOS			
De Aquisição 15/09/2018 A 14/09/2019	De Gozo das Férias 01/09/2020 A 30/09/2020 = 30 Dias	De Abono	
BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas: 00	Férias: 4.046,95 P		
Salário Base: 2.886,86	1/3 das Férias: 1.348,98 P		
Média Horas: 7,46	Abono de Férias: 0,00		
Média Valores: 943,63	1/3 do Abono de Férias: 0,00		
Outras Vantagens: 209,00	Adicional do Dobro das Férias: 0,00		
TOTAL BASE CALCULO: 4.046,94	1/3 do Dobro das Férias: 0,00		
	Salário Família: 0,00		
	1ª Parcela 13º Salário: 0,00		
	Desconto da Previdência: 614,36 D		
	Desconto do imposto de Renda: 445,57 D		
	TOTAL DOS PROVENTOS: 5.395,93 P		
	TOTAL DOS DESCONTOS: 1.059,93 D		
	TOTAL LIQUIDO: 4.336,00 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\$ 4.336,00 (quatro mil trezentos e trinta e seis reais) a ser paga adiantadamente.			
CIENTE, THAIS BOARETO DA SILVA		Data: 31/07/2020 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\$ 4.336,00 (quatro mil trezentos e trinta e seis reais) 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: 28/08/2020 MIRANDOPOLIS	THAIS BOARETO DA SILVA

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



Emissão de comprovantes

G3371518565627821
15/09/2020 19:29:27

15/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 19:29:24
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090323171927293781658220009883650000888772
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	90.101
DATA DE VENCIMENTO	01/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	01/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	8.887,72
VALOR COBRADO	8.887,72

=====

NR.AUTENTICACAO	0.D80.663.3D6.92D.0C5
-----------------	-----------------------

=====

Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria
0800 729 5678
Reclamacoes nao solucionadas nos canais
habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

VR
Mirandópolis**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO****SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA****NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e**

20200729047866934000174

RPS Nº 165919 Série C4, emitido em 28/07/2020

Número da Nota

21289685

Data e Hora de Emissão

29/07/2020 01:04:24

Código de Verificação

XQVV-6JQ8**PRESTADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 47.866.934/0001-74

Inscrição Municipal: 5.987.120-2

Nome/Razão Social: TICKET SERVIÇOS S.A

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

Município: São Paulo

UF: SP

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE BRASIL

CPF/CNPJ: 46.349.461/0001-02

Inscrição Municipal: ----

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

Município: Lins

UF: SP

E-mail: lgalocio@ipdh.org.br

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

TRE DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 36 R\$8.977,50
 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$89,78
 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
 Ped.:22638288 Contrato:2004030057121 IE:ISENTO IM:
 IRE 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
 LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,00
 Data de Vencimento: 01/09/2020
 VALOR TOTAL: R\$8.887,72

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
03205 - Fornecimento e administração de vales-refeição, vales-alimentação, vales-transporte e similares				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	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 165919 Série C4, emitido em 28/07/2020;

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

011091
 211



NOTA DE DÉBITO

Número
165919-ND

Data de Emissão
28/07/2020

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\$8.977,50
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$89,78
Ped.:22638288 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\$ 8.887,72

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

NOTA DE DÉBITO Nº

165919-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 8.887,72

FORMA DE PAGAMENTO

01/09/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 165919 de 28/07/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 697752

Realizado em: 28/07/2020

Valor (R\$): 8.977,50

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\$): 8.977,50

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 36

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DÍAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
328.629.558-25	2329	ALCIONE BOGAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
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\$ 245,00
214.220.888-63	2122	ANA A F NOGUEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
214.801.238-03	2123	ANAPAZANATTA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
014.000.604-43	2445	ANA PAULA SANTOS SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
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 FERAZ	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
295.136.688-43	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
385.855.778-19	2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
322.986.678-96	2132	DENISE PALISBOA	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\$ 245,00
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\$ 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

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 8.977,50

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 36

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	DIAS ÚTEIS	VALOR DIA	VALOR MÊS	VALOR DO BENEFÍCIO
322.167.988-27	2137	GISLAINE M MORABITO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
379.629.418-98	37962941898	ISADORA M C SANTO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 262,50
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\$ 245,00
389.267.668-29	2146	KELLY C R ROCHA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
427.001.668-09	42700166809	LETICIA M S FERR	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
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\$ 245,00
382.523.438-05	38252343805	MARCIA MAIARA POSSENTI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 367,50
365.760.718-84	36576071884	MAURO CELSO CHIAVELLI	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 367,50
434.914.478-10	43491447810	NATALIA PAZINATO SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
285.280.548-02	2153	PATRICIA A FERREIRA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
305.075.078-27	2164	PATRICIA MICHELE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
298.440.178-66	2155	PRISCILA S LEITE ALMEIDA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
259.782.788-73	2128	REGINA L P RODRIGUES DE	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 262,50
281.686.478-23	2157	RICARDO DE CARVALHO	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 245,00
329.168.118-50	33	THAIS BOARETO DA SILVA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 367,50
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		31/07/2020	36	R\$ 8.977,50
				TOTAL BENEFÍCIOS	R\$ 8.977,50
		VALOR	BASE	SUB TOTAL	

TAXA DE ADMINISTRACAO TRE (NEGATIVA)

R\$ -89,78

1

-R\$ 89,78

TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO		-R\$ 89,78
RESUMO DO PRODUTO		SUB TOTAL
Total de Benefícios		R\$ 8.977,50
Taxas		-R\$ 89,78
TOTAL		R\$ 8.887,72

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

15/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 19:29:25
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090323168352293781658220009183650000579150

BENEFICIARIO:

TICKET SERVICOS S/A

NOME FANTASIA:

TICKET SERVIÇOS S/A

CNPJ: 47.866.934/0001-74

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICE

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO	90.102
DATA DE VENCIMENTO	01/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	01/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	5.791,50
VALOR COBRADO	5.791,50

NR.AUTENTICACAO C.B1A.9AF.95C.AED.8A2
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes e cancelamento de
produtos e servicos.

Ouvidoria

0800 729 5678

Reclamacoes nao solucionadas nos canais

habituais: agencia, SAC e demais canais de
atendimento.

Atendimento a Deficientes Auditivos ou de Fala

0800 729 0088

Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
cartao, outros produtos e servicos de Ouvidoria.

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

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e
RPS Nº 165562 Série C4, emitido em 28/07/2020

Número da Nota
21289689
Data e Hora de Emissão
29/07/2020 01:04:24
Código de Verificação
RAX5-LX9U

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

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

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS
CPF/CNPJ: ---- Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS
TA DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIO QTD 39 R\$5.850,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$58,50
VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
Ped.:22638283 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:
IRF 1,50%-IN/SRF 177/87 e 107/91
LEI 12741/12 VL.TRIB.R\$ 0,00
Data de Vencimento: 01/09/2020
VALOR TOTAL: R\$5.791,50

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 0,00

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

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

Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	0,00	2,00%	0,00	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 165562 Série C4, emitido em 28/07/2020;

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

01/09/2020

duro



NOTA DE DÉBITO

Número
165562-ND

Data de Emissão
28/07/2020

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\$5.850,00
DESCONTOS CONCEDIDOS R\$58,50
Ped.:22638283 Contrato:2004030048091 IE:ISENTO IM:

VALOR TOTAL: R\$ 5.791,50

DESCRIÇÃO:

DISPONIBILIZACAO DE BENEFICIOS / CUPONS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 Nº

165562-ND

VALOR DE NOTA DE DÉBITO

R\$ 5.791,50

FORMA DE PAGAMENTO

01/09/2020

OUTRAS INFORMAÇÕES

Este(a) NOTA DE DÉBITO é relativa a RPS 165562 de 28/07/2020.

RELATÓRIO DE DETALHES DO PEDIDO

Número do Pedido Enviado: 697746

Realizado em: 28/07/2020

Valor (R\$): 5.850,00

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\$): 5.850,00

Data de Crédito:

Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega: 31/07/2020

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 AZANATTA	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	29513668843	CRISTIANE P VENDRAME	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
218.471.208-65	21847120865	DANIELA SANTOS OLIVEIRA	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
385.855.778-19	38585577819	DEBORA CRISTINA LOCHE	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
322.986.678-96	2132	DENISE P ALISBOA	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

Unidade de Entrega: AHBB SEDE

Valor dos Benefícios (R\$): 5.850,00

Data de Crédito:
Quantidade de Beneficiários: 39

Data de Entrega: 31/07/2020

CPF	MATRÍCULA	BENEFICIÁRIO	DEPARTAMENTO	VALOR DO BENEFÍCIO
379.629.418-98	2127	ISADORA M CASTRO SANTOS	AHBB MIRANDOPOLIS	R\$ 150,00
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\$ 150,00
298.834.289-12	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

31/07/2020

39

R\$ 5.850,00

TOTAL
BENEFÍCIOS

39

R\$ 5.850,00

TAXA

VALOR

BASE

SUB TOTAL

TAXA DE ADMINISTRACAO TAE (NEGATIVA)

R\$ -58,50

1

-R\$ 58,50

TOTAL DE TAXAS DO PRODUTO

-R\$ 58,50

RESUMO DO PRODUTO

SUB TOTAL

Total de Benefícios

R\$ 5.850,00

Taxas

-R\$ 58,50

TOTAL

R\$ 5.791,50

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



Aviso de lanÇamento

G3381814433277531
18/09/2020 15:08:04

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

Data 01/09/2020 Valor R\$ 2.218,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 146, 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.

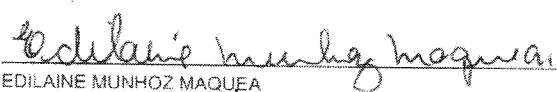
(Dois mil e duzentos e dezoito reais e trinta e oito centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 18/09/2020 15:08:04

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS			
NOTIFICAÇÃO			
Nome do empregado EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		Número Carteira Profissional 33522	Série 00115
PERÍODOS			
De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 01/09/2020 A 30/09/2020 = 30 Dias	De Abono	
BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas:	00	Férias:	1.845,59 P
Salário Base:	1.397,71	1/3 das Férias:	615,20 P
Média Horas:	238,88	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:	1.845,59	1/3 do Dobro das Férias:	0,00
		Salário Família:	0,00
		1ª Parcela 13º Salário:	0,00
		Desconto da Previdência:	216,92 D
		Desconto do imposto de Renda:	25,49 D
		TOTAL DOS PROVENTOS:	2.460,79 P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	242,41 D
		TOTAL LIQUIDO:	2.218,38 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\$ 2.218,38 (dois mil duzentos e dezoito reais e trinta e oito centavos) a ser paga adiantadamente.			
CIENTE,  EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		Data: 31/07/2020 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\$ 2.218,38 (dois mil duzentos e dezoito reais e trinta e oito 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: 28/08/2020 MIRANDOPOLIS	 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA



Aviso de lanÇamento

G3381814433277531
18/09/2020 15:08:04

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

Data 01/09/2020 Valor R\$ 2.201,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 146, 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.

(Dois mil e duzentos e um reais e setenta e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   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 18/09/2020 15:08:04

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brand  Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

AVISO E RECIBO DE FERIAS**AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS****NOTIFICAÇÃO**

Nome do empregado	Número Carteira Profissional	Série
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	48389	00315

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias	De Abono
04/10/2018 A 03/10/2019	01/09/2020 A 30/09/2020 = 30 Dias	

BASE PARA CÁLCULO		PROVENTOS E DESCONTOS	
Faltas não justificadas:	00	Férias:	1.830,30 P
Salário Base:	1.397,71	1/3 das Férias:	610,10 P
Média Horas:	223,59	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:	1.830,30	1/3 do Dobro das Férias:	0,00
		Salário Família:	0,00
		1ª Parcela 13º Salário:	0,00
		Desconto da Previdência:	214,47 D
		Desconto do imposto de Renda:	24,14 D
		TOTAL DOS PROVENTOS:	2.440,40 P
		TOTAL DOS DESCONTOS:	238,61 D
		TOTAL LIQUIDO:	2.201,79 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 importância líquida de R\$ 2.201,79 (dois mil e duzentos e um reais e setenta e nove centavos) a ser paga adiantadamente.

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

CIENTE

Data: 31/07/20

LUCAS CARVALHO DOS 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 importância de R\$ 2.201,79 (dois mil e duzentos e um reais e setenta e nove 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. Por clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 28/08/2020

MIRANDOPOLIS

LUCAS CARVALHO DOS 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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/09/2020 - AUTOATENDIMENTO - 19.29.25
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: 01/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090103
AUTENTICACAO SISBB: E.5D0.2D3.A5F.766.2C2

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

 PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e 20200901u34298678000114	Número da Nota 00000116			
	Data e Hora de Emissão 01/09/2020 12:21:20 Código de Verificação RGZF-FP8P			
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: 08/2020 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

01/09/20
 Miro

01/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:22:44
679006790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

DATA DA TRANSFERENCIA 01/09/2020

NR. DOCUMENTO 553.062.007.004.231

VALOR TOTAL 384.958,27

***** TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ASSOCIACAO H B BRASIL

AGENCIA: 3062-7 CONTA: 7.004.231-4

NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

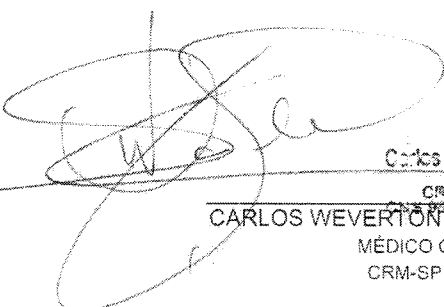
NR. AUTENTICACAO C.333.5A6.4F7.C8B.3FB

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

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

ATESTADO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS E AUTORIZADO PELA SENHORA SONIA DOS SANTOS ROCHA, QUE A MESMA APRESENTA CRITÉRIOS PARA AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES EM FUNÇÃO DE SE ENQUADRAR NO GRUPO DE RISCO PARA DESENVOLVER A FORMA GRAVE DA COVID - 19, DEVENDO, PORTANTO, AFASTAR-SE DO SEU LABOR PELO PRAZO DE 60(SESSENTA) DIAS, PODENDO O MESMO SER PRORROGADO EM FUNÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA PANDEMIA CORONAVÍRUS. CIDs I10 ; E11


Carlos W. J. Sanches
Urologia
CRM-MG 7357
CRM-SP 121698
CARLOS WEVERTON ORTEGA SANCHES
MÉDICO CLÍNICO
CRM-SP 121698

Lavínia - SP, 24 de julho de 2020.

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 38 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:26Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário SONIA DOS SANTOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	18:50	20:12	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	18:52	20:31	21:25	07:09	11:00	00:00	08:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	18:52	20:34	21:27	07:01	11:00	00:00	08:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	18:54	20:16	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	18:55	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	18:53	19:50	20:40	07:01	11:00	00:00	08:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	18:49	20:27	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	18:51	20:34	21:26	07:00	11:00	00:00	08:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	18:53	20:40	21:25	07:05	11:00	00:00	08:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 9 dias, 21 folgas/feriados					99:00	00:00	72:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da 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)

SONIA DOS SANTOS ROCHA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/03/2020 a 20/07/2020

Página 24 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	06:59	11:48	12:50	19:00	10:59	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	07:01	12:46	13:43	19:00	11:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	07:08	12:42	13:41	19:08	11:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	07:08	12:55	14:08	19:00	10:39	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	06:59	12:42	13:44	18:58	10:57	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	07:17	11:50	13:08	19:03	10:28	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	07:14	12:56	13:47	19:11	11:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	06:58	12:27	13:26	19:04	11:00	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	07:03	13:00	14:00	19:02	10:59	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	07:04	13:26	14:28	19:09	11:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	07:01	12:47	13:49	19:06	11:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	07:00	12:28	13:28	19:00	11:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	06:54	11:01	11:57	19:21	11:31	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:00	12:18	13:18	19:02	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					153:33	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXCESSO SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)KELLY C. R. ROCHA
KELLY CRISTINA RAMOS
ROCHA
01/08/20ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 23 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28

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	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	18:53	20:01	21:06	07:05	11:00	00:00	08:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	18:48	20:10	20:57	07:00	11:00	00:00	08:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	18:46	20:08	21:01	07:00	11:00	00:00	08:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	18:52	20:26	21:24	07:01	11:00	00:00	08:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	18:58	20:02	21:10	07:02	10:56	00:00	08:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	18:43	20:26	21:28	07:03	11:00	00:00	08:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	18:54	20:11	21:47	07:00	10:30	00:00	08:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	18:56	20:17	21:15	07:02	11:00	00:00	08:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	19:04	20:16	21:05	07:01	11:00	00:00	08:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	18:50	20:15	21:12	07:02	11:00	00:00	08:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	18:51	20:37	21:33	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 11 dias, 19 folgas/feriados					120:26	00:00	88:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário 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)

Jose Lopes de Oliveira
JOSE LOPES DE OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario THAIS BOARETO DA SILVA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função
 ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
22/06 seg	07:32	12:42	13:45	16:20			07:00	01:03	00:00
23/06 ter	07:34	13:00	14:01	17:22			07:00	01:01	00:00
24/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
25/06 qui	07:35	12:47	13:43	17:12			07:00	00:56	00:00
26/06 sex	06:53	12:55	13:48	14:58			07:00	00:53	00:00
27/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
29/06 seg	07:53	12:30	13:30	16:46			07:00	01:00	00:00
30/06 ter	07:55	12:24	13:20	16:24			07:00	00:56	00:00
01/07 qua	07:57	12:44	13:55	18:06			07:00	01:00	00:00
02/07 qui	07:56	13:47	14:52	16:39			07:00	01:05	00:00
03/07 sex	07:55	13:00	14:00	16:05			07:00	01:00	00:00
04/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
06/07 seg	06:57	13:27	14:26	19:34			07:00	00:59	00:00
07/07 ter	07:57	12:00	12:59	16:19			07:00	00:59	00:00
08/07 qua	08:00	13:56	15:02	17:34			07:00	01:00	00:00
09/07 qui	08:07	13:04	14:04	17:29			07:00	01:00	00:00
10/07 sex	08:58	16:37	16:54	18:13			07:00	00:17	00:00
11/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:54	13:58	14:54	17:27			07:00	00:56	00:00
14/07 ter	07:26	12:44	13:30	16:58			07:00	00:46	00:00
15/07 qua	07:07	12:25	13:23	15:19			07:00	00:58	00:00
16/07 qui	07:35	12:36	13:24	16:02	21:44		07:00	00:48	00:00
17/07 sex	08:16	12:30	13:46	16:36			07:00	01:00	00:00
18/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:31	12:16	13:06	17:07			07:00	00:50	00:00
TOTAL: 20 dias, 10 folgas/feriados							140:00	18:27	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 40 MINUTOS.

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

Horário Móvel (v1): 07:00 as 16:00 - RT Mirandópolis - Início:
 Segunda
 5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
 5/15 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

THAIS BOARETO DA SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 14 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DENISE PRISCILA ANCILOTTI LISBOA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	18:52	20:31	21:21	07:09	11:00	00:00	08:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	18:53	21:03	22:08	07:00	11:00	00:00	07:50
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	18:51	20:28	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	18:54	20:34	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	18:53	20:40	21:25	07:05	11:00	00:00	08:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	18:47	21:04	21:54	07:03	11:00	00:00	08:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	18:56	20:45	21:28	07:02	11:00	00:00	08:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	18:52	19:32	20:54	07:00	10:46	00:00	08:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	18:47	20:28	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	18:51	21:00	21:51	07:04	11:00	00:00	08:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 10 dias, 20 folgas/feriados					109:46	00:00	79:50

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)DENISE PRISCILA ANCILOTTI
LISBOA DEASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

31/07/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario DEBORA CRISTINA LOCHE
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	18:51	20:40	21:40	07:05	11:00	00:00	08:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	18:51	20:30	21:30	07:02	11:00	00:00	08:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	18:50	20:30	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	18:48	20:40	21:40	07:07	11:00	00:00	08:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	18:54	20:37	21:37	07:03	11:00	00:00	08:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	18:51	20:34	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	18:54	20:40	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	18:48	20:54	21:51	07:00	11:00	00:00	08:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	18:47	20:34	21:34	07:01	11:00	00:00	08:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	18:50	20:36	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	18:48	20:26	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	18:45	20:30	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	18:48	20:33	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	18:48	20:30	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	18:52	20:34	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					165:00	00:00	120:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

Debora C. Roche
 DEBORA CRISTINA LOCHE
 31/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	06:48	13:17	14:12	19:08	11:00	00:00	00:00
24/06 qua	06:48	12:57	13:57	19:00	11:00	00:00	00:00
25/06 qui	06:47	13:09	13:58	19:00	11:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	06:43	12:57	13:57	19:00	11:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:49	12:57	13:56	19:07	11:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:51	12:56	13:55	19:02	11:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	06:48	13:06	14:05	19:08	11:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	06:52	13:22	14:18	19:08	11:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	06:54	13:07	14:06	19:00	11:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	06:52	13:15	13:35	19:07	11:55	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:47	13:20	14:21	19:07	11:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	06:48	13:15	13:45	19:07	11:49	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	06:47	13:03	14:02	19:01	11:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	06:48	12:57	13:55	19:07	11:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					155:44	00:00	00:00

TOLERÂNCIA MÁX. DE ENTRADA: 15 MIN. POR DIA

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 Movei (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

ANA AUGUSTA FELICIANI
 CAMPOS

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 3 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:26

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	19:06	20:05	21:20	07:02	10:41	00:00	08:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	19:03	20:18	21:17	07:10	11:00	00:00	08:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	19:06	21:01	22:07	07:04	10:52	00:00	07:52
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	19:04	20:12	21:19	07:04	10:53	00:00	08:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	19:06	20:42	22:10	06:59	10:25	00:00	07:48
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	19:02	20:05	21:11	07:01	10:53	00:00	08:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	19:04	20:07	21:03	07:04	11:00	00:00	08:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	18:59	20:26	21:23	07:04	11:00	00:00	08:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	18:57	20:36	21:40	07:01	11:00	00:00	08:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	19:00	21:08	22:20	07:06	10:54	00:00	07:37
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	19:11	20:27	21:35	07:00	10:41	00:00	08:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	18:59	20:29	21:44	07:03	10:49	00:00	08:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	19:07	20:26	21:23	07:02	10:58	00:00	08:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	19:09	21:00	21:30	07:03	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					152:06	00:00	111:17

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)

ALESSANDRA DE CASSIA
MARDEGAN

18/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 37 de 41
impresso em 29/07/2020 17:26Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário RICARDO DE CARVALHO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	18:49	20:25	21:21	07:05	11:00	00:00	08:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	18:44	20:10	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	18:52	20:02	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	18:51	20:09	21:04	07:00	11:00	00:00	08:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	18:53	20:00	21:00	07:01	11:00	00:00	08:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	18:47	20:03	21:10	07:01	11:00	00:00	08:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	18:49	20:05	21:04	07:02	11:00	00:00	08:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	18:49	20:26	21:23	07:03	11:00	00:00	08:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	18:49	20:13	21:12	07:02	11:00	00:00	08:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	18:43	21:05	21:57	07:02	11:00	00:00	08:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	18:41	20:41	21:39	07:02	11:00	00:00	08:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	18:43	20:32	21:35	07:00	11:00	00:00	08:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	18:43	20:41	21:41	07:02	11:00	00:00	08:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	18:53	20:14	21:19	07:02	11:00	00:00	08:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	18:51	20:30	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 15 dias, 15 folgas/feriados					165:00	00:00	120:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MIN, JOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo 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)Ricardo de Carvalho
RICARDO DE CARVALHO
01/08/2020ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário: CATIA FERNANDA FERRAZ
 Departamento: UTI MIRANDÓPOLIS

Função: TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Net.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	18:49	20:25	21:25	07:04	11:00	00:00	08:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	18:44	20:10	20:54	06:00	10:32	00:00	08:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	19:05	20:09	21:02	06:00	10:02	00:00	08:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	18:53	20:07	21:00	07:04	11:00	00:00	08:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	18:56	20:04	21:14	06:15	10:09	00:00	08:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	18:54	21:05	22:03	07:01	11:00	00:00	07:56
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	18:49	20:27	21:29	07:04	11:00	00:00	08:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	19:02	20:02	21:05	06:06	10:01	00:00	08:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	18:53	20:11	21:28	07:00	10:50	00:00	08:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	18:50	20:44	21:35	07:01	11:00	00:00	08:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	18:54	20:30	21:02	07:02	11:36	00:00	08:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	18:53	20:15	21:13	07:01	11:00	00:00	08:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	18:52	20:25	21:30	07:03	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					140:10	00:00	103:56

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)

CATIA FERNANDA FERRAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

pagina 11 de 41
 Impresso em 29/07/2020 17:22

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	06:53	12:10	13:07	18:17	10:27	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	06:59	13:18	14:12	18:49	10:56	00:00	00:00
TOTAL: 2 dias, 28 folgas/feriados					21:23	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)


 CRISTIANE PASCOALETO
 VENDRAME
 01/08/20

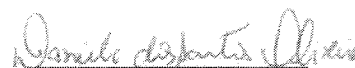
ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 12 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:26Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	18:50	20:25	21:21	07:05	11:00	00:00	08:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	18:48	20:08	21:04	07:01	11:00	00:00	08:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	18:52	20:09	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	18:53	20:07	21:03	07:01	11:00	00:00	08:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	18:49	20:36	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	18:46	20:06	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	18:49	20:28	21:23	07:03	11:00	00:00	08:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	18:53	20:13	21:16	07:02	11:00	00:00	08:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	18:46	20:32	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	18:45	20:10	21:26	07:00	10:59	00:00	08:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	18:47	20:38	21:39	07:01	11:00	00:00	08:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	18:50	20:16	21:13	07:02	11:00	00:00	08:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	18:53	20:37	21:33	07:03	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					142:59	00:00	104:00

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: 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)DANIELA DOS SANTOS DE
OLIVEIRAASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

01/08/2020

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 17 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	06:58	12:04	13:01	19:00			11:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
23/06 ter	06:53	13:18	14:14	19:08			11:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
25/06 qui	06:51	13:09	13:58	19:00			11:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
27/06 sab	07:05	12:58	13:58	19:00			10:55	00:00	00:00
28/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:54	12:58	13:56	19:08			11:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:56	13:02	13:59	19:02			11:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
05/07 dom	06:57	12:39	14:00	15:02	19:05		06:44	00:00	00:00
06/07 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
07/07 ter	06:54	13:27	14:27	19:09			11:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
09/07 qui	06:54	13:08	14:07	19:00			11:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
11/07 sab	06:55	13:15	13:41	19:07			11:46	00:00	00:00
12/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:54	13:21	14:21	19:07			11:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
15/07 qua	06:44	13:16	13:45	19:07			11:54	00:00	00:00
16/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
17/07 sex	06:55	13:03	14:01	19:01			11:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados							140:19	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS
BORGES

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador 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	Refeição	Total Not.
21/06 dom	06:53	13:02	14:03	19:02	11:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	06:54	13:21	14:13	19:11	11:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	06:53	12:14	13:13	19:00	11:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:54	12:59	13:59	19:11	11:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:53	13:07	14:04	19:05	11:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	06:57	13:07	14:04	19:10	11:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	06:57	13:39	14:39	19:05	11:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	06:53	12:36	13:34	19:12	11:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	06:54	12:09	13:07	19:01	11:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	06:55	13:45	14:07	19:08	11:51	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:56	12:25	13:26	19:08	11:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	06:56	12:45	13:14	19:09	11:44	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	06:55	13:06	14:06	19:12	11:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					144:35	00:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

ELIANA CRISTINA RODRIGUES

31/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	18:50	20:12	21:12	07:02	11:00	00:00	08:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	18:59	20:31	21:26	07:09	11:00	00:00	08:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	18:47	20:33	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	18:53	20:58	21:50	07:05	11:00	00:00	08:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	18:57	20:16	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	18:52	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	18:46	20:29	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	18:59	20:34	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	18:46	20:39	21:25	07:07	11:35	00:00	08:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	18:52	21:04	21:53	07:03	11:00	00:00	08:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	18:54	20:45	21:28	07:02	11:00	00:00	08:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	18:58	19:32	20:33	07:01	11:00	00:00	08:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	18:49	20:26	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:35	00:00	104:00

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: Custo

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


 LUCAS CARVALHO DOS
 SANTOS
 31/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	06:53	12:41	13:43	19:00	11:00	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	06:57	12:16	13:14	19:00	11:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	06:58	12:38	13:30	19:00	11:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	06:58	14:03	15:05	19:02	11:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	06:56	11:51	12:55	19:00	11:00	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	06:50	12:24	13:22	18:58	11:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	06:52	13:19	14:12	19:00	11:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	06:51	11:38	12:37	19:05	11:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	06:56	12:15	13:16	19:04	11:00	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	06:56	12:14	13:13	19:07	11:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	06:57	12:01	13:01	19:06	11:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	06:54	13:34	14:34	19:00	11:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	06:49	12:07	13:03	19:01	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS: SUPES: 15.00 - 15.00

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001.2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

03/10/20

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	18:59	20:12	21:04	07:00	11:00	00:00	08:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	18:52	20:33	21:30	07:01	11:00	00:00	08:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	19:04	20:58	21:50	07:05	11:00	00:00	08:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	18:58	20:16	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	19:01	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	19:06	19:50	20:40	07:01	11:00	00:00	08:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	18:56	20:28	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	18:54	20:35	21:26	07:00	11:00	00:00	08:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	18:56	21:13	21:54	07:03	11:00	00:00	08:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	18:58	20:45	21:29	07:02	11:00	00:00	08:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	18:59	19:32	20:55	07:00	10:38	00:00	08:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	18:56	20:27	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	18:55	21:00	21:40	07:04	11:00	00:00	08:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					142:38	00:00	104:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

EDILAINE MUNHOZ MAQUEA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

31/07/2020

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 16 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador ASS: HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILENE MANOEL
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	07:07	13:33	14:38	19:11	10:59	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	06:57	13:33	14:31	19:00	11:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	07:03	13:06	14:16	19:09	10:56	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	07:00	14:17	15:14	19:00	11:00	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	07:02	15:07	16:06	19:02	11:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	07:07	11:44	12:50	19:04	10:51	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	07:08	13:28	14:36	19:08	10:52	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	07:10	16:34	17:35	19:10	10:59	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	07:11	15:08	16:19	19:12	10:50	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	07:04	14:06	15:17	19:06	10:51	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	07:07	13:21	14:26	19:24	11:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:06	12:43	13:48	19:08	10:57	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					131:15	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: CustoHorário 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
 03/08/2020
ASS: HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário BRUNA BERALDO FERRANTE
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	19:01	20:12	21:02	07:02	11:00	00:00	08:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	19:10	20:31	21:20	07:14	11:00	00:00	08:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	19:02	20:34	21:25	07:20	11:00	00:00	08:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	19:05	20:57	21:50	07:05	11:00	00:00	08:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	19:07	21:10	21:56	07:06	11:00	00:00	08:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	19:07	20:12	21:05	07:03	11:00	00:00	08:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	18:58	19:50	20:40	06:44	10:56	00:00	08:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	18:56	20:27	21:16	07:07	11:00	00:00	08:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	19:03	20:39	21:25	07:13	11:00	00:00	08:00
10/07 sex	19:06	21:05	21:57	07:05	11:00	00:00	08:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	19:27	20:40	21:29	07:12	10:56	00:00	08:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	06:58	11:58	12:56	19:27	00:27	00:00	00:00
19/07 dom	07:27	12:24	13:24	19:41	00:41	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					122:00	00:00	88:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 15 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



BRUNA BERALDO FERRANTE

30/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

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)

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 7 de 41
impresso em 29/07/2020 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário BIANCA CAETANO COSTA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	06:46	11:52	12:49	19:09	11:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	06:51	12:00	13:00	19:13	11:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	06:47	12:19	13:14	19:11	11:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	06:49	12:00	13:00	19:11	11:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:48	12:25	13:22	19:18	11:33	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:47	12:56	13:43	19:14	11:40	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	06:47	12:24	13:16	19:07	11:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	06:49	12:09	13:04	19:04	11:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	06:47	12:34	13:27	19:13	11:33	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	06:46	12:16	13:13	19:13	11:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	06:46	12:56	13:15	19:07	12:02	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:48	12:59	13:54	19:37	11:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	06:45	12:07	13:01	19:06	11:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	06:45	12:47	13:39	19:03	11:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					156:48	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C. L. Silva
BIANCA CAETANO COSTA
SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

31/07/2020

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 19 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	06:44	12:06	13:06	19:03	11:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	06:50	12:22	13:21	19:06	11:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	06:54	12:00	12:57	19:00	11:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:54	12:01	13:01	19:12	11:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:56	12:05	13:05	19:06	11:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	06:58	12:10	13:07	19:11	11:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	06:57	14:12	15:13	19:05	11:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	06:46	13:45	14:07	19:08	12:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:50	12:29	13:26	19:11	11:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	06:50	12:44	13:16	19:09	11:47	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	06:45	12:05	13:00	19:08	11:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	06:45	12:05	13:05	19:10	11:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 16 folgas/feriados, 2 afastamentos					133:47	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)GILSON FERREIRA GUEDES
DOSASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

22/08/2020

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
01/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 27 folgas/feriados, 3 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MIN., FOS

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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 XAVIER
 NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 20 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:25

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not
21/06 dom	13:01	13:03	14:03	19:02	05:01	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	06:55	12:18	13:18	19:11	11:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	06:53	12:09	12:21	13:01	05:56	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:54	12:04	13:04	19:11	11:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:50	12:02	13:01	19:05	11:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	07:02	12:10	13:06	19:11	11:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	06:49	12:37	13:39	19:05	11:00	00:00	00:00
06/07 seg	06:54	12:00	12:49	19:10	11:00	00:00	00:00
07/07 ter	06:53	12:29	13:27	19:12	11:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	06:57	12:08	13:07	19:01	11:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	06:57	12:06	13:07	19:02	11:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	06:55	13:05	14:06	19:12	11:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					120:57	00:00	00:00

TOLERANCIA DIARIA DE EXTRAS SUEP RIOR = 10 : 00:00:00

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

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

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX DE FARMÁCIA**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	18:50	20:33	21:23	07:05	11:00	00:00	08:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	18:50	20:35	21:17	07:03	11:31	00:00	08:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	18:50	20:57	21:38	07:04	11:33	00:00	08:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	18:48	20:24	21:11	07:06	11:31	00:00	08:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	18:51	20:32	21:27	07:05	11:00	00:00	08:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	18:52	20:31	21:25	07:06	11:00	00:00	08:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	18:50	20:08	21:03	07:03	11:00	00:00	08:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	18:50	20:21	21:10	07:04	11:00	00:00	08:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	18:50	20:31	21:24	07:14	11:31	00:00	08:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	18:48	20:37	21:26	07:09	11:32	00:00	08:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	18:55	20:16	21:11	07:05	11:00	00:00	08:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	18:52	20:27	21:20	07:01	11:00	00:00	08:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	18:50	20:37	21:26	07:06	11:00	00:00	08:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					145:38	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA 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: 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)

Regina Parro
 REGINA LEIA PARRO
 RODRIGUES DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 35 de 41
 Impresso em 29/07/2020 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
 (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Relação	Total Net.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	07:04	15:58	16:58	19:42	10:56	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	07:02	16:22	18:42	19:55	09:38	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	05:01	14:58	16:23	19:25	11:00	00:00	00:00
27/06 sab	06:50	14:13	16:46	19:25	10:02	00:00	00:00
28/06 dom	06:55	15:52	16:52	19:26	11:31	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	07:00	16:00	17:00	19:35	11:00	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	07:05	13:31	14:30	19:39	10:56	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	06:37	13:33	14:30	19:21	11:47	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	07:03	16:01	17:02	19:54	10:56	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	06:58	14:00	15:00	19:36	11:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	06:59	13:44	14:36	21:06	11:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	06:56	14:58	16:37	19:43	10:25	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	06:58	15:46	16:56	19:41	10:52	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	06:56	13:12	13:59	19:22	11:39	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					152:42	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)

PRISCILA SANTOS LEITE DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 31 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28

Empregador ASS. HOSPITALAR BÊN DO BRASIL
Funcionário NATÁLIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	07:10	14:28	15:30	19:00	10:48	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	07:07	13:55	14:56	19:00	10:52	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	07:06	14:52	15:51	19:07	11:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	07:03	13:21	14:20	19:00	10:58	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	07:02	14:54	15:53	19:00	10:59	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	07:08	14:24	15:23	19:11	11:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	07:13	13:25	14:24	19:04	10:52	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	07:05	15:18	16:17	19:08	11:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	07:25	14:32	15:32	19:15	10:50	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	07:10	14:02	15:01	19:07	10:58	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	07:08	13:27	14:28	19:21	11:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:02	14:06	15:06	19:05	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 18 folgas/feriados					131:17	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: Custo

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)


NATÁLIA PAZINATO DA SILVA
01/08/2020

ASS. HOSPITALAR BÊN 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	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	07:21	13:21	14:25	19:01	10:36	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	07:01	11:36	12:34	19:00	11:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	07:04	14:20	15:25	19:00	10:51	00:00	00:00
27/06 sab	07:08	11:55	12:57	19:00	10:50	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	07:09	13:06	14:00	19:00	10:57	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	07:04	13:22	14:20	19:03	11:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	07:07	12:56	13:54	19:11	11:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	07:08	14:27	15:27	19:05	10:57	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	07:09	14:33	15:18	19:08	11:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	07:15	12:34	13:34	19:16	11:00	00:00	00:00
13/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:12	10:08	11:10	19:04	10:50	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 12 folgas/feriados, 7 afastamentos					120:01	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS DE PERÍCIA 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)

Leticia Ferraz
 LETICIA MAIARA DOS SANTOS
 21/09/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 25 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario LAIS MARANI SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção
FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Falta				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Falta				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Falta				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	07:31	12:39	13:43	16:54	06:54	01:00	00:00
26/06 sex	07:30	13:00	14:06	17:17	07:17	01:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	07:30	14:05	15:10	16:50	06:50	01:00	00:00
30/06 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 3 dias, 3 faltas, 8 folgas/feriados, 16 afastamentos					21:01	03:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Início:
Segunda
5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
Entrada 10/15 [Só Banco] - Saída 10/15 [Só Banco]
Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

LAIS MARANI SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 29 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador: ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário: MARCIA MAIARA POSSENTI
Departamento: UTI MIRANDÓPOLISFunção: AUX
ADMINISTRATIVO

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Net.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	07:45	11:35	13:09	16:30	07:11	00:00	00:00
23/06 ter	07:35	11:13	13:00	17:05	07:43	00:00	00:00
24/06 qua	07:34	13:24	14:03	16:05	07:52	00:00	00:00
25/06 qui	07:31	11:27	12:48	16:43	07:51	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	07:40	11:10	12:50	16:46	07:26	00:00	00:00
30/06 ter	07:28	11:22	12:51	16:44	07:47	00:00	00:00
01/07 qua	07:48	11:16	13:01	15:56	06:23	00:00	00:00
02/07 qui	07:32	11:32	13:11	16:39	07:28	00:00	00:00
03/07 sex	07:36	11:07	12:57	16:04	06:38	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	07:23	11:07	12:44	16:41	07:41	00:00	00:00
07/07 ter	07:27	11:00	12:00	16:31	08:04	00:00	00:00
08/07 qua	07:30	11:17	12:59	16:44	07:32	00:00	00:00
09/07 qui	07:53	12:44	13:01	16:34	08:24	00:00	00:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	07:41	11:55	12:55	17:03	08:22	00:00	00:00
14/07 ter	07:29	11:08	12:33	16:45	07:51	00:00	00:00
15/07 qua	07:51	11:12	12:44	16:25	07:02	00:00	00:00
16/07 qui	07:33	11:16	12:50	16:36	07:29	00:00	00:00
17/07 sex	07:37	11:06	12:30	16:51	07:50	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:43	11:21	13:05	16:50	07:23	00:00	00:00
TOTAL: 19 dias, 11 folgas/feriados					143:57	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS. COLUNA HORA EXTRA SUPRIMIDA MANUALMENTE

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

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario MAURO CELSO CHIAVELLI
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
FARMACIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
22/06 seg	06:52	12:31	13:27	19:10			00:10	00:00	00:00
23/06 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
24/06 qua	06:51	13:25	14:33	19:01			00:01	00:00	00:00
25/06 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
26/06 sex	18:47	20:48	21:40	07:14			11:35	00:00	08:00
27/06 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
28/06 dom	06:55	11:28	12:24	19:00			00:00	00:00	00:00
29/06 seg	08:28	13:24	14:24	20:30			01:30	00:00	00:00
30/06 ter	06:54	13:40	14:32	19:00			00:00	00:00	00:00
01/07 qua	08:00	12:00	12:54	17:08			00:00	00:00	00:00
02/07 qui	08:06	12:53	14:11	17:09			00:00	00:00	00:00
03/07 sex	08:04	12:30	13:18	17:41			00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
05/07 dom	07:41						00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Jornada	14:17	15:11	17:12			00:00	00:00	00:00
07/07 ter	07:57	12:43	13:45	17:10			00:00	00:00	00:00
08/07 qua	08:01	14:28	15:16	17:30			00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
10/07 sex	07:47	12:33	13:34	17:46			00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
13/07 seg	07:54	14:38	15:29	17:10			00:00	00:00	00:00
14/07 ter	07:22	12:33	13:31	18:05			00:00	00:00	00:00
15/07 qua	07:41	13:17	14:12	19:30			00:30	00:00	00:00
16/07 qui	07:48	13:10	14:08	19:03			00:03	00:00	00:00
17/07 sex	08:06	11:16	12:07	17:05			00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:33	12:29	13:15	13:20	18:16		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 20 dias, 10 folgas/feriados							13:49	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): 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)

MAURO CELSO CHIAVELLI

31/07/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	07:16	11:30	12:30	19:00	10:44	00:00	00:00
22/06 seg	07:16	11:35	12:35	18:59	10:43	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	07:11	11:47	13:01	18:56	10:31	00:00	00:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	07:13	11:50	13:07	19:06	10:36	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	07:06	12:03	13:07	18:59	10:49	00:00	00:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	09:48	12:26	13:20	18:58	08:16	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	07:07	11:48	13:09	19:03	10:35	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	07:13	11:50	12:50	19:02	10:49	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	07:00	11:51	12:56	19:02	10:57	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:59	12:08	13:17	19:05	10:57	00:00	00:00
14/07 ter	07:08	12:08	13:09	19:06	10:57	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	07:15	12:11	13:13	19:00	10:43	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	07:20	13:14	14:11	19:15	10:58	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	07:14	12:03	13:09	19:04	10:44	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 16 folgas/feriados					148:19	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)

Patricia Michele de Almeida
PATRICIA MICHELE DE
ALMEIDA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	18:54	20:12	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	18:50	20:31	21:27	07:09	11:00	00:00	08:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	18:55	20:34	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	18:44	20:58	21:50	07:05	11:00	00:00	08:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	18:50	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	18:54	19:50	20:40	07:00	11:00	00:00	08:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	18:55	20:27	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	18:56	20:40	21:26	07:05	11:00	00:00	08:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	18:53	21:13	21:55	07:03	11:00	00:00	08:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	18:57	20:46	21:29	07:02	11:00	00:00	08:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	18:56	19:32	20:55	07:00	10:41	00:00	08:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	18:53	20:27	21:16	07:00	11:00	00:00	08:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	18:51	21:01	21:40	07:04	11:34	00:00	08:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:15	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

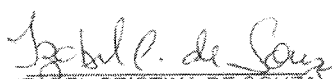
PATRICIA ADRIANA FERREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário IZABEL CRISTINA DE SOUZA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção AUX DE
FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	06:58	11:00	11:38	18:58			11:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
23/06 ter	06:53	13:09	14:06	19:06			11:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
25/06 qui	06:51	13:29	14:27	18:59			11:00	00:00	00:00
26/06 sex	06:57	12:03	13:04	19:01			11:00	00:00	00:00
27/06 sab	07:04	12:31	13:27	19:01			11:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:54	14:12	15:11	19:04			11:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:56	13:52	15:00	19:02			10:58	00:00	00:00
02/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
03/07 sex	06:57	14:34	15:38	19:05			11:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
05/07 dom	06:57	12:56	13:53	19:00			11:00	00:00	00:00
06/07 seg	08:34	12:57	13:47	17:43	06:54		08:19	00:00	00:00
07/07 ter	06:54	14:17	15:08	19:05			11:00	00:00	00:00
08/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
09/07 qui	06:55	14:23	15:23	19:03			11:00	00:00	00:00
10/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
11/07 sab	06:55	14:31	15:29	19:09			11:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
13/07 seg	06:54	12:20	13:30	19:09			11:00	00:00	00:00
14/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
17/07 sex	06:50	12:28	13:16	19:00			11:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
19/07 dom	06:55	14:06	15:09	19:10			11:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
TOTAL: 16 dias, 14 folgas/feriados							173:17	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRATO (SR) 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 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)

 IZABEL CRISTINA DE SOUZA
 31/7/20
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 21 de 41
 Impresso em 29/07/2020 17:28

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	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	Afastamento - FÉRIAS				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	06:47	12:27	13:26	19:12	00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	06:39	12:15	13:15	19:16	11:37	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	06:52	12:30	13:33	19:14	11:00	00:00	00:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	07:05	13:20	14:23	19:06	10:58	00:00	00:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	06:41	13:04	14:10	19:08	11:00	00:00	00:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	06:43	12:58	13:58	19:06	11:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Banco de Horas				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	06:46	12:35	13:36	19:12	11:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	18:41	20:48	21:43	07:00	00:19	00:00	08:00
TOTAL: 7 dias, 10 folgas/feriados, 12 afastamentos					66:54	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
 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)


 ISADORA MORAIS DE CASTRO ASS. HOSPITALAR BEN DO
 11/8/2020 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario ALCIONE BOGAZ
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	18:49	20:05	20:57	07:05	11:00	00:00	08:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	18:41	20:10	20:58	07:00	11:31	00:00	08:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	18:41	20:09	21:02	06:51	11:00	00:00	08:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	18:44	20:00	20:59	07:04	11:00	00:00	08:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	18:46	20:03	21:10	07:01	11:00	00:00	08:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	18:54	20:04	21:03	07:02	11:00	00:00	08:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	18:50	20:26	21:23	07:04	11:00	00:00	08:00
07/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	18:52	20:02	21:10	07:03	11:00	00:00	08:00
09/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	18:43	20:26	21:15	07:02	11:00	00:00	08:00
11/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	18:43	20:16	21:14	07:01	11:00	00:00	08:00
15/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	18:44	20:23	21:13	07:02	11:00	00:00	08:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	18:53	20:15	21:12	07:01	11:00	00:00	08:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	18:53	20:32	21:30	07:05	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:31	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)


 ALCIONE BOGAZ
 11/8/2020

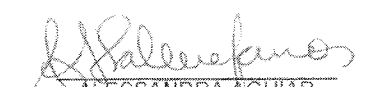
ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 2 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	18:51	20:34	21:33	07:21	11:31	00:00	08:00
08/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	18:49	21:05	21:54	07:10	11:32	00:00	08:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	18:44	19:32	20:26	07:16	11:38	00:00	08:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	18:48	20:27	21:16	07:07	11:00	00:00	08:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	18:49	21:00	21:51	07:14	11:34	00:00	08:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 7 folgas/feriados, 18 afastamentos					57:15	00:00	40:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Móvel (v1): 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
 01/08/2020
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 6 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	18:41	20:10	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	18:45	20:05	21:02	07:00	11:00	00:00	08:00
27/06 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
28/06 dom	18:55	20:12	21:18	07:00	10:59	00:00	08:00
29/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
30/06 ter	18:45	20:07	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
01/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
02/07 qui	18:49	20:32	21:30	23:52	04:05	00:00	02:08
03/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 11 folgas/feriados, 14 afastamentos					48:04	00:00	34:08

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)ANA PAULA DOS SANTOS
SILVAASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

01/07/2020

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/06 dom	18:50	20:12	20:42	06:22	11:00	00:00	08:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	18:59	20:31	21:29	07:09	11:00	00:00	08:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	18:53	20:58	21:50	07:05	11:00	00:00	08:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	18:57	20:16	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	18:52	20:12	21:05	07:00	11:00	00:00	08:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	18:58	19:50	20:41	07:00	11:00	00:00	08:00
04/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	18:59	20:35	21:29	07:00	11:00	00:00	08:00
08/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	18:46	20:39	21:25	07:07	11:35	00:00	08:00
10/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	18:52	21:04	21:54	07:03	11:00	00:00	08:00
12/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	18:54	20:45	21:31	07:02	11:00	00:00	08:00
14/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	18:58	19:32	20:26	07:01	11:00	00:00	08:00
16/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	18:49	20:27	21:17	07:00	11:00	00:00	08:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	19:01	21:00	21:51	07:04	11:00	00:00	08:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 17 folgas/feriados					143:35	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)


 ANA PAULA AZEVEDO
 ZANATTA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/06/2020 a 20/07/2020

página 41 de 41
Impresso em 29/07/2020 17:28Empregador: 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.
21/06 dom	06:37	12:00	12:55	19:01	11:00	00:00	00:00
22/06 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
23/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
24/06 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
25/06 qui	06:47	12:12	13:07	19:00	11:00	00:00	00:00
26/06 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
27/06 sab	06:43	11:58	12:56	19:00	11:00	00:00	00:00
28/06 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
29/06 seg	06:46	12:00	12:55	19:08	11:00	00:00	00:00
30/06 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
01/07 qua	06:51	12:00	12:54	19:01	11:00	00:00	00:00
02/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
03/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
06/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
07/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
08/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
11/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
12/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
13/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
14/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
15/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
16/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
17/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
18/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
19/07 dom	06:48	12:10	13:04	19:07	11:00	00:00	00:00
20/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 6 dias, 9 folgas/feriados, 15 afastamentos					66:00	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 Brandt 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)

 VALERIA CRISTINA DE SOUZA
DA
31/07/20
 ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Mirandópolis - UTI

Setembro

Winter - Gestão e Consultoria Médica

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
	31/08	01/09	02/09	03/09	04/09	05/09	06/09
Diurno 07:00 19:00		Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Ofélia Takiguchi 183719	Ofélia Takiguchi 183719
Noturno 19:00 07:00		Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Rodrigo Chagas 197672	Ofélia Takiguchi 183719	Mauricio L. 74349
	07/09	08/09	09/09	10/09	11/09	12/09	13/09
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Diego Clauser 177923	Ofélia Takiguchi 183719
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Ofélia Takiguchi 183719	Mauricio L. 74349
	14/09	15/09	16/09	17/09	18/09	19/09	20/09
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Ofélia Takiguchi 183719
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Carlos Rocha 112846	Bruna Mello 166864	Mauricio L. 74349
	21/09	22/09	23/09	24/09	25/09	26/09	27/09
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Cleber Brito 166687	Ofélia Takiguchi 183719	Ofélia Takiguchi 183719
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017	Cleber Brito 166687	Bruna Mello 166864	Ofélia Takiguchi 183719	Nathalia Barreto 155355
	28/09	29/09	30/09	01/10	02/10	03/10	04/10
Diurno 07:00 19:00	Nathalia Barreto 155355	Nathalia Barreto 155355	Paulo Mesquita 155017				
Noturno 19:00 07:00	Carlos Rocha 112846	Carlos Rocha 112846	Paulo Mesquita 155017				

Nome	Identificação	Contato
Bruna Mello	166864	44991057454
Carlos Eduardo Mendonça da Rocha	112846	18996053566
Cleber Brito	166687	14998815151
Nathalia Barreto	155355	18996915767
Rodrigo Gonçalves da Silva Martins Chagas	197672	67096036803
Diego Clauser Marcon	177923	18981399936
Paulo Mesquita Filho	155017	12981420005
Mauricio Lucianelli	74349	18981064636
Ofélia Takiguchi	183719	18981284471

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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 09 2020.pdf

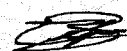
Código do documento b0df7ff9-2d94-4ab6-bd35-a40601f66561



Assinaturas



Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou



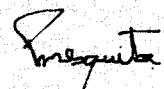
carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou



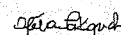
Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou



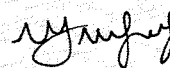
PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO
pfmbfilho@hotmail.com
Assinou



Ofélia Maria yukie takiguchi
ofelia.mt@hotmail.com
Assinou



Mauricio Lucianelli
mlucianelli@terra.com.br
Assinou



ERICO MODENUTI
contato@wintermed.com.br
Assinou



Eventos do documento

27 Aug 2020, 16:10:25

Documento número b0df7ff9-2d94-4ab6-bd35-a40601f66561 **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-08-27T16:10:25-03:00

27 Aug 2020, 16:12:07

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-08-27T16:12:07-03:00

27 Aug 2020, 16:12:16

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: 45500) - Geolocalização: -22.0245778



-47.8937441 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-08-27T16:12:16-03:00

27 Aug 2020, 16:49:54

MAURICIO LUCIANELLI **Assinou** - Email: mlucianelli@terra.com.br - IP: 177.185.174.92
(177-185-174-92.pliscabo.com.br porta: 45992) - Geolocalização: -21.4312629 -50.0744929 - Documento de
identificação informado: 057.029.348-06 - DATE_ATOM: 2020-08-27T16:49:54-03:00

28 Aug 2020, 07:45:32

CARLOS EDUARDO MENDONÇA DA ROCHA **Assinou** (Conta 6a869bb9-bf77-4cb5-ab1b-aea9faa05fde) - Email:
carlosrocha59@gmail.com - IP: 187.95.2.37 (wlan-187-95-2-37.clickrede.com.br porta: 24816) - Documento de
identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-08-28T07:45:32-03:00

02 Sep 2020, 19:53:34

PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) -
Email: pfmbfilho@hotmail.com - IP: 138.0.140.217 (138.0.140.217 porta: 52504) - Documento de identificação
informado: 220.571.438-48 - DATE_ATOM: 2020-09-02T19:53:34-03:00

03 Sep 2020, 23:55:27

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP:
138.0.140.217 (138.0.140.217 porta: 18674) - Geolocalização: -21.12491800186544 -51.10305798655965 -
Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-09-03T23:55:27-03:00

06 Sep 2020, 09:07:35

NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email:
nathalia_barreto@hotmail.com - IP: 187.95.11.160 (wlan-187-95-11-160.clickrede.com.br porta: 41866) -
Geolocalização: -20.894171107465358 -51.374900322639135 - Documento de identificação informado:
365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-09-06T09:07:35-03:00

09 Sep 2020, 13:03:44

OFÉLIA MARIA YUKIE TAKIGUCHI **Assinou** - Email: ofelia.mt@hotmail.com - IP: 177.25.205.148
(ip-177-25-205-148.user.vivozap.com.br porta: 53600) - Documento de identificação informado: 406.986.248-07 -
DATE_ATOM: 2020-09-09T13:03:44-03:00

Hash do documento original

(SHA256):cf26bdb73cfd4b2a27cec07dd70eb8c8191c329ec9c9a46cf326eb22f82ded6f

(SHA512):2bde9409f9714eb790e7eb671c2853ee1aefd41c3b5e2765aecc92457486977e66c230fcc9c62821db3a2a388ed892bee163375e96faabb74efe820f50190a30

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign