

Prestação de Contas

Setembro
2020
1/2

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: 01/09/2020 a 30/09/2020

Convênio: Mirandópolis

Banco Do Brasil

Ag: 6790-3

CC: 211-9

Data	Fornecedor	Nº Doc	Débito	Crédito	Saldo- Exercício
BANCO DO BRASIL					
01/09/2020	Saldo Anterior	R\$ -			R\$ 443.731,16
01/09/2020	Transferencia AHBB Sede		R\$ 384.958,27		R\$ 58.772,89
01/09/2020	Edilaine Munhoz Maquea	Férias	R\$ 2.218,38		R\$ 56.554,51
01/09/2020	Lucas Carvalho dos Santos	férias	R\$ 2.201,79		R\$ 54.352,72
01/09/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 21289685	R\$ 8.887,72		R\$ 45.465,00
01/09/2020	Ticket Serviços S/A	Nota Fiscal nº 21289689	R\$ 5.791,50		R\$ 39.673,50
01/09/2020	Gestare Serviços Combinados de Escritório	Nota Fiscal nº 116	R\$ 39.673,50		R\$ 0,00
03/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 79.831,93	R\$ 79.831,93
03/09/2020	Alcione Bogaz	Folha de pagamento	R\$ 1.835,67		R\$ 77.996,26
03/09/2020	Alessandra Aguiar Saleses Farias	Folha de pagamento	R\$ 2.891,75		R\$ 75.104,51
03/09/2020	Alessandra de Cassia Mardegan	Folha de pagamento	R\$ 3.009,51		R\$ 72.095,00
03/09/2020	Ana Augusta Feliciani Nogueira	Folha de pagamento	R\$ 1.604,59		R\$ 70.490,41
03/09/2020	Ana Paula Azevedo Zanatta	Folha de pagamento	R\$ 1.839,20		R\$ 68.651,21
03/09/2020	Ana Paula dos Santos Silva	Folha de pagamento	R\$ 1.763,14		R\$ 66.888,07
03/09/2020	Bianca Caetano Costa	Folha de pagamento	R\$ 2.582,99		R\$ 64.305,08
03/09/2020	Bruna Beraldo Ferrante	Folha de pagamento	R\$ 2.637,63		R\$ 61.667,45
03/09/2020	Camila Donato Innocencio	Folha de pagamento	R\$ 120,16		R\$ 61.547,29
03/09/2020	Catia Fernanda Ferraz	Folha de pagamento	R\$ 1.801,19		R\$ 59.746,10
03/09/2020	Cristiane Pascoalto Vendrame	Folha de pagamento	R\$ 1.627,79		R\$ 58.118,31
03/09/2020	Daniela dos Santos de Oliveira	Folha de pagamento	R\$ 1.718,31		R\$ 56.400,00
03/09/2020	Debora Cristina Loche	Folha de pagamento	R\$ 1.619,90		R\$ 54.780,10
03/09/2020	Denise Priscila Ancilotto Lisboa	Folha de pagamento	R\$ 1.790,63		R\$ 52.989,47
03/09/2020	Edilaine Munhoz Maquea	Folha de pagamento	R\$ 1.841,01		R\$ 51.148,46
03/09/2020	Edilene Manoel	Folha de pagamento	R\$ 1.585,22		R\$ 49.563,24
03/09/2020	Elaine Cristina Dias Borges	Folha de pagamento	R\$ 1.585,44		R\$ 47.977,80
03/09/2020	Gilson Ferreira Guedes dos Santos	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 46.500,01
03/09/2020	Gislaine Machado Morabito	Folha de pagamento	R\$ 1.585,22		R\$ 44.914,79
03/09/2020	Isadora Moraes de Castro	Folha de pagamento	R\$ 1.447,94		R\$ 43.466,85
03/09/2020	Izabel Cristina de Souza	Folha de pagamento	R\$ 1.432,11		R\$ 42.034,74
03/09/2020	Jose Lopes de Oliveira	Folha de pagamento	R\$ 1.692,51		R\$ 40.342,23
03/09/2020	Kelly Cristina Ramos Rocha	Folha de pagamento	R\$ 1.586,62		R\$ 38.755,61
03/09/2020	Lais Marani Silva	Folha de pagamento	R\$ 2.878,78		R\$ 35.876,83
03/09/2020	Leticia Maiara dos Santos Ferraz	Folha de pagamento	R\$ 1.585,22		R\$ 34.291,61
03/09/2020	Lucas Carvalho dos Santos	Folha de pagamento	R\$ 1.857,26		R\$ 32.434,35
03/09/2020	Maira Teixeira de Castro	Folha de pagamento	R\$ 1.585,87		R\$ 30.848,48
03/09/2020	Marcia Maiara Possenti	Folha de pagamento	R\$ 1.433,38		R\$ 29.415,10
03/09/2020	Natalia Pazinato da Silva	Folha de pagamento	R\$ 1.477,79		R\$ 27.937,31
03/09/2020	Natalia Xavier Nascimento Oliveira	Folha de pagamento	R\$ 422,24		R\$ 27.515,07
03/09/2020	Patricia Adriana Ferreira	Folha de pagamento	R\$ 1.859,36		R\$ 25.655,71
03/09/2020	Patricia Michele de Almeida	Folha de pagamento	R\$ 1.585,55		R\$ 24.070,16
03/09/2020	Priscila Santos Leite de Almeida	Folha de pagamento	R\$ 2.634,81		R\$ 21.435,35
03/09/2020	Regina Leila Parro Rodrigues de Sousa	Folha de pagamento	R\$ 1.574,10		R\$ 19.861,25
03/09/2020	Ricardo de Carvalho	Folha de pagamento	R\$ 1.822,95		R\$ 18.038,30
03/09/2020	Thais Boareto da Silva	Folha de pagamento	R\$ 4.111,89		R\$ 13.926,41
03/09/2020	Valeria Cristina de Souza da Cruz	Folha de pagamento	R\$ 1.477,80		R\$ 12.448,61
03/09/2020	FGTS Arrecadação GRF	GRF/FGTS	R\$ 2.085,36		R\$ 10.363,25
03/09/2020	Eliana Cristina Rodrigues	Folha de pagamento	R\$ 1.478,01		R\$ 8.885,24
03/09/2020	Mauro Celso Chiavelli	Folha de pagamento	R\$ 2.886,59		R\$ 5.998,65
03/09/2020	FGTS Arrecadação GRF	GRF/FGTS	R\$ 5.998,65		-R\$ 0,00
04/09/2020	Repasso Público		R\$ -	R\$ 355.226,00	R\$ 355.226,00
04/09/2020	Transferencia AHBB Sede		R\$ 355.226,00		-R\$ 0,00
08/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 54.693,78	R\$ 54.693,78
08/09/2020	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 246251	R\$ 2.568,75		R\$ 52.125,03
08/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 86432	R\$ 145,59		R\$ 51.979,44
08/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1115769	R\$ 1.035,50		R\$ 50.943,94
08/09/2020	Thomson Reuters Brasil	Nota Fiscal nº 1252998	R\$ 822,88		R\$ 50.121,06
08/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 86083	R\$ 143,70		R\$ 49.977,36
08/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1114788	R\$ 282,00		R\$ 49.695,36
08/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 85162	R\$ 784,87		R\$ 48.910,49
08/09/2020	Kataoka e Perez Serviços de Fisioterapia Ltda	Nota Fiscal nº 23	R\$ 28.000,00		R\$ 20.910,49
08/09/2020	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 124380	R\$ 680,00		R\$ 20.230,49
08/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 107485	R\$ 1.608,96		R\$ 18.621,53
08/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 105537	R\$ 12.653,65		R\$ 5.967,88
08/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 459139	R\$ 1.893,49		R\$ 4.074,39
08/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 105521	R\$ 1.505,64		R\$ 2.568,75
08/09/2020	Samtronic Ind e Com Ltda	Nota Fiscal nº 246251	R\$ 2.568,75		-R\$ 0,00
14/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 50.020,65	R\$ 50.020,65
14/09/2020	Belive Comercio de Produtos Hospitalares Ltda	Nota Fiscal nº 66076	R\$ 2.754,26		R\$ 47.266,39
14/09/2020	Eqc Serviços Tecnicos Eireli - EPP	Nota Fiscal nº 6	R\$ 9.500,00		R\$ 37.766,39
14/09/2020	Relogio de Ponto Bauru Ltda	Nota Fiscal nº 3973-1	R\$ 70,00		R\$ 37.696,39
14/09/2020	Laboratório São Paulo Analises Clinicas	Nota Fiscal nº 50765	R\$ 2.952,50		R\$ 34.743,89
14/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 110401	R\$ 3.186,38		R\$ 31.557,51
14/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 110425	R\$ 4.202,72		R\$ 27.354,79
14/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 462423	R\$ 2.435,69		R\$ 24.919,10
14/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 462446	R\$ 2.110,51		R\$ 22.808,59
14/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1336104	R\$ 1.909,55		R\$ 20.899,04
14/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1330002	R\$ 3.544,47		R\$ 17.354,57
14/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1330012	R\$ 933,94		R\$ 16.420,63
14/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 0549784	R\$ 5.128,00		R\$ 11.292,63
14/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 1117697	R\$ 2.479,95		R\$ 8.812,68

14/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1336232	R\$ 591,82		R\$ 8.220,86
14/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1336513	R\$ 6.690,50		R\$ 1.530,36
14/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 89027	R\$ 230,36		R\$ 1.300,00
14/09/2020	União Química Farmaceutica Nacional S A	Nota Fiscal nº 436140	R\$ 1.300,00		-R\$ 0,00
16/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 11.903,96	R\$ 11.903,96
16/09/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 0561	R\$ 1.248,09		R\$ 10.655,87
16/09/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 5952	R\$ 1.666,63		R\$ 8.989,24
16/09/2020	Ministério da Fazenda	DARF-Código da receita 1708	R\$ 5.166,56		R\$ 3.822,68
16/09/2020	Ministério da Previdência Social	GPS/INSS	R\$ 3.225,92		R\$ 596,76
16/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 108929	R\$ 596,76		-R\$ 0,00
21/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 129.893,24	R\$ 129.893,24
21/09/2020	F B Babeto Me	Nota Fiscal nº 11	R\$ 179,90		R\$ 129.713,34
21/09/2020	União Química Farmaceutica Nacional S A	Nota Fiscal nº 436470	R\$ 1.050,00		R\$ 128.663,34
21/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 111742	R\$ 677,35		R\$ 127.985,99
21/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1332636	R\$ 6.527,00		R\$ 121.458,99
21/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1333389	R\$ 3.324,55		R\$ 118.134,44
21/09/2020	Center Maq Com de Maquinas e Papeis Ltda	Nota Fiscal nº 20924	R\$ 321,72		R\$ 117.812,72
21/09/2020	Dupatri Hospitalar Comercio Importação e Exportação Ltda	Nota Fiscal nº 92242	R\$ 521,60		R\$ 117.291,12
21/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1341466	R\$ 1.664,54		R\$ 115.626,58
21/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1341394	R\$ 2.466,00		R\$ 113.160,58
21/09/2020	Comercial Cirurgica Rioclarense Ltda	Nota Fiscal nº 1341452	R\$ 2.005,86		R\$ 111.154,72
21/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 465964	R\$ 604,98		R\$ 110.549,74
21/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 115058	R\$ 1.241,25		R\$ 109.308,49
21/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 115099	R\$ 3.118,04		R\$ 106.190,45
21/09/2020	Supermed Com. E Imp. De Prod. Med. E Hospit. Ltda	Nota Fiscal nº 465965	R\$ 4.715,55		R\$ 101.474,90
21/09/2020	Winter - Gestão e Consultoria Médica Ltda EPP	Nota Fiscal nº 335	R\$ 100.794,90		R\$ 680,00
21/09/2020	Biomedical Equipamentos e Produtos Medico-Cirurgicos Ltda	Nota Fiscal nº 124991	R\$ 680,00		-R\$ 0,00
23/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 1.076,29	R\$ 1.076,29
23/09/2020	Tecseg Equipamentos Contra Incendio e Materiais de Segurança Ltda	Nota Fiscal nº 2114	R\$ 934,00		R\$ 142,29
23/09/2020	Lisboa Comercio de Produtos Farmaceuticos Ltda ME	Nota Fiscal nº 1950	R\$ 50,00		R\$ 92,29
23/09/2020	Automatizações Seculo XXI Tratamento de Dados Ltda - EPP	Nota Fiscal nº 23617	R\$ 92,29		-R\$ 0,00
28/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 7.862,21	R\$ 7.862,21
28/09/2020		Holerite	R\$ 7.579,21		R\$ 283,00
28/09/2020	Tarifa Bancária	822.720.902.966.788	R\$ 60,00		R\$ 223,00
28/09/2020	Tarifa Bancária	822.720.904.147.820	R\$ 70,00		R\$ 153,00
28/09/2020	Tarifa Bancária	882.720.903.027.293	R\$ 153,00		-R\$ 0,00
30/09/2020	Devolução AHBB Sede		R\$ -	R\$ 404.902,21	R\$ 404.902,21
30/09/2020	Gilson Ferreira Guedes dos Santos	Rescisão	R\$ 1.126,36		R\$ 403.775,85

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.albbh.org.br



G3353016217756681
30/09/2020 16:47:22

Cliente - Conta atual

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

Lançamentos

Dt. balancete	Dt. movimento	Ag. origem	Lote	Histórico	Documento	Valor R\$	Saldo
26/08/2020		0000	00000 000	Saldo Anterior			0,00 C
01/09/2020		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	443.731,16 C	
			01/09 3062 7004231-4	ASSOCIACAO H B			
01/09/2020		6790	99015 470	Transferência enviada	553.062.007.004.231	384.958,27 D	
			01/09 3062 7004231-4	ASSOCIACAO H B			
01/09/2020		0000	13134 250	Folha de Pagamento	24.679	4.420,17 D	
01/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.101	8.887,72 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.102	5.791,50 D	
				TICKET SERVICOS S/A			
01/09/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	90.103	39.673,50 D	0,00 C
			341 0049 034298678000114	GESTARE SERVI			
03/09/2020		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	79.831,93 C	
			03/09 3062 7004231-4	ASSOCIACAO H B			
03/09/2020		0000	13134 250	Folha de Pagamento	36.955	67.383,32 D	
03/09/2020		0000	13105 375	Impostos	90.301	2.085,36 D	
				FGTS ARREC GRFGTS-UNICO			
03/09/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	90.302	1.478,01 D	
			237 0167 29487360808	ELIANA CRISTINA R			
03/09/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	90.303	2.886,59 D	
			237 0167 36576071884	MAURO CELSO CHIAV			
03/09/2020		0000	13105 375	Impostos	90.304	5.998,65 D	0,00 C
				FGTS ARRECADACAO GRF			
04/09/2020		0000	14138 632	Ordem Bancária	202.009.030.033.562	355.226,00 C	
			463772220003-90	SP-SEC DA FAZENDA E PL			
04/09/2020		6790	99015 470	Transferência enviada	553.062.007.004.231	355.226,00 D	0,00 C
			04/09 3062 7004231-4	ASSOCIACAO H B			
08/09/2020		3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	54.693,78 C	
			08/09 3062 7004231-4	ASSOCIACAO H B			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.801	2.568,75 D	
				SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.802	145,59 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.803	1.035,50 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.804	822,88 D	
				THOMSON REUTERS BRAS			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.805	143,70 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.806	282,00 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.807	784,87 D	
				DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
08/09/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	90.808	28.000,00 D	
			077 0001 033433450000127	KATAOKA SERVI			
08/09/2020		0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	90.809	680,00 D	
			341 3095 051943645000107	BIOMEDICAL EQ			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.810	1.608,96 D	
				BANCO SOFISA S/A			
08/09/2020		0000	13105 109	Pagamento de Boleto	90.811	12.653,65 D	
				BANCO SOFISA S/A			

08/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	90.812	1.893,49 D	
08/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	90.813	1.505,64 D	
08/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto SAMTRONIC INDUSTRIA E COMERCIO	90.814	2.568,75 D	0,00 C
14/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida 14/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B	553.062.007.004.231	50.020,65 C	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BELIVE COM DE PROD HOSP LTDA	91.401	2.754,26 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto ECQ SERVICOS TECNICOS EIRELI EPP	91.402	9.500,00 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto RELOGIOS DE PONTO BAURU LTDA	91.403	70,00 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto LABORATORIO SAO PAULO	91.404	2.952,50 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	91.405	3.186,38 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	91.406	4.202,72 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	91.407	2.435,69 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	91.408	2.110,51 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	91.409	1.909,55 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	91.410	3.544,47 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	91.411	933,94 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	91.412	5.128,00 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM	91.413	2.479,95 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	91.414	591,82 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	91.415	6.690,50 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM	91.416	230,36 D	
14/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC	91.417	1.300,00 D	0,00 C
16/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida 16/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B	553.062.007.004.231	11.903,96 C	
16/09/2020	0000	13105 375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	91.601	1.248,09 D	
16/09/2020	0000	13105 375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	91.602	1.666,63 D	
16/09/2020	0000	13105 375 Impostos RFB- DARF PRETO CALCULADO	91.603	5.166,56 D	
16/09/2020	0000	13105 196 INSS Arrecadação GPS- Ident.: 45349461000889 - 08/2020	91.604	3.225,92 D	
16/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	91.605	596,76 D	0,00 C
21/09/2020	3062	99015 870 Transferência recebida 21/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B	553.062.007.004.231	129.893,24 C	
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto F B BABETO ME	92.101	179,90 D	
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NAC	92.102	1.050,00 D	
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto BANCO SOFISA S/A	92.103	677,35 D	
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS	92.104	6.527,00 D	
21/09/2020	0000	13105 109 Pagamento de Boleto	92.105	3.324,55 D	

			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.106	321,72 D	
			CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINA			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.107	521,60 D	
			DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IM			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.108	1.664,54 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.109	2.466,00 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.110	2.005,86 D	
			COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENS			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.111	604,98 D	
			BANCO SOFISA S/A			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.112	1.241,25 D	
			BANCO SOFISA S/A			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.113	3.118,04 D	
			BANCO SOFISA S/A			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.114	4.715,55 D	
			BANCO SOFISA S/A			
21/09/2020	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	92.115	100.794,90 D	
			341 0049 026392666000126 WINTER - GEST			
21/09/2020	0000	13105 109	Pagamento de Boleto	92.116	680,00 D	0,00 C
			BIOMEDICAL			
23/09/2020	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	1.076,29 C	
			23/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
23/09/2020	6790	99015 470	Transferência enviada	550.058.000.059.599	934,00 D	
			23/09 0058 59599-3 TECSEG EQUIP C			
23/09/2020	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	92.301	50,00 D	
			104 1354 005968765000133 LISBOA COMERC			
23/09/2020	0000	13105 393	TED Transf.Eletr.Disponiv	92.302	92,29 D	0,00 C
			756 5042 045349461000374 ASSOCIACAO HO			
28/09/2020	3062	99015 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	7.862,21 C	
			28/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
28/09/2020	0000	13134 250	Folha de Pagamento	21.721	7.579,21 D	
28/09/2020	0000	13113 170	Tarifa Modulo	822.720.902.966.788	60,00 D	
			Cobrança referente a 25/09/2020			
28/09/2020	0000	13113 170	Tarifa Modulo	822.720.904.147.820	70,00 D	
			Cobrança referente a 25/09/2020			
28/09/2020	0000	13113 435	Tarifa Pacote de Serviços	882.720.903.027.293	153,00 D	0,00 C
			Cobrança referente a 25/09/2020			
30/09/2020	3062	03062 870	Transferência recebida	553.062.007.004.231	404.902,21 C	
			30/09 3062 7004231-4 ASSOCIACAO H B			
30/09/2020	6790	00006 250	Folha de Pagamento	14.635	1.126,36 D	
30/09/2020	0000	00000 999	S A L D O			403.775,85 C

Saldo	403.775,85 C
Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	30/09/2020
IOF *	0,00
Data de Debito de IOF	01/10/2020

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

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC 0800 729 0722

Ouvidoria BB 0800 729 5678
Para deficientes auditivos 0800 729 0088

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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:12:36

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 d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILAINE MUNHOZ MAQUEA, na conta 14.727, ag ncia 0448 do banco 001.

(Dois mil e duzentos e dezoito reais e trinta e oito centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:12:36

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

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

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.397,71
Média Horas:	238,88
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CÁLCULO:	1.845,59

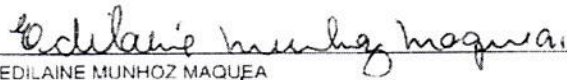
PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.845,59	P
1/3 das Férias:	615,20	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
Desconto da Previdência:	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:

Data: 31/07/2020


EDILAINE MUNHOZ MAQUEA

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

G3351108570038471
11/10/2020 15:12:36

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 é válido como comprovante da operação e demonstra apenas que houve um lançamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:12:36

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

AVISO E RECIBO DE FERIAS**AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS****NOTIFICAÇÃO**

Nome do empregado

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS

Número Carteira Profissional

48389

Série

00315

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

Faltas não justificadas: 00
Salário Base: 1.397,71
Média Horas: 223,59
Média Valores: 0,00
Outras Vantagens: 209,00
TOTAL BASE CÁLCULO: 1.830,30

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 1.830,30 P
1/3 das Férias: 610,10 P
Abono de Férias: 0,00
1/3 do Abono de Férias: 0,00
Adicional do Dobro das Férias: 0,00
1/3 do Dobro das Férias: 0,00
Salário Família: 0,00
1ª Parcela 13º Salário: 0,00
Desconto da Previdência: 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 LÍQUIDO: 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 a importância líquida de R\$ 2.201,79 (dois mil e duzentos e um reais e setenta e nove centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE

LUCAS CARVALHO DOS SANTOS

Data: 31/07/20

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. Fui esclarecido 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



Emissão de comprovantes

G3370413001766381
04/10/2020 16:17:07

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:01
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 BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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
UFPA 090196 - Hospital Estadual
Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

VR
Muanapolis**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 165919 Série C4, emitido em 28/07/2020

20200729u47866934000174

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: **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 36 R\$8.977,50
 DESCONTOS CONCEDIDOS R\$89,78
 VALOR DA CORRETAGEM OU COMISSAO: ZERO
 Ped.:22638288 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: 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

01/09/2020
 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:

VALOR TOTAL: R\$ 8.887,72

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

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	ANA P A ZANATTA	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 FERRAZ	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 P A LISBOA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
108.823.788-64	2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 227,50
291.914.308-52	2135	EDILENE MANOEL	AHBB MIRANDOPOLIS				R\$ 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	36
					R\$ 8.977,50
TAXA		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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:01
679006790 0003

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 SERVICOS 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 BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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		Numero 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/

mu



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 SANTOSSILVA	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 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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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\$): 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
298.834.288-12	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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.01
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.

AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP

CONTA: 52.941-5

FAVORECIDO: GESTARE SERVICOS COMBINADOS DE ESCR

CPF/CNPJ: 34.298.678/0001-14

VALOR: R\$ 39.673,50

DEBITO EM: 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
UGF: 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 20200901434298678000114	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

01/09/2020
Miro

RELAÇÃO GERAL DOS LÍQUIDOS

Código	Nome do empregado	CPF	Valor
Empregados			
2329	ALCIONE BOGAZ	328.629.558-25	1.835,67
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FAR	272.138.738-30	2.891,75
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAI	295.556.788-47	3.009,51
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIR	214.220.888-63	1.604,59
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	214.801.238-03	1.839,20
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	014.000.604-43	1.763,14
2336	BIANCA CAETANO COSTA	301.663.768-50	2.582,99
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	368.501.738-12	2.637,63
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO	395.692.218-28	120,16
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	377.077.858-86	1.801,19
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAM	295.136.688-43	1.627,79
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIR	218.471.208-65	1.718,31
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	385.855.778-19	1.619,90
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBI	322.986.678-96	1.790,63
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	108.823.788-64	1.841,01
2135	EDILENE MANOEL	291.914.308-52	1.585,22
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	095.608.758-25	1.585,44
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	1.585,22
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANT	379.629.418-98	1.447,94
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	095.493.888-75	1.432,11
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	061.725.928-31	1.692,51
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	389.267.668-29	1.586,62
2771	LAIS MARANI SILVA	354.059.608-96	2.878,78
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERF	427.001.668-09	1.585,22
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	400.061.728-14	1.857,26
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	427.566.218-03	1.585,87
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	382.523.438-05	1.433,38
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	365.760.718-84	2.886,59
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	434.914.478-10	1.477,79
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLI	394.946.148-52	422,24
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	285.280.548-02	1.859,36
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	305.075.078-27	1.585,55
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEI	298.440.178-66	2.634,81
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES D	259.782.788-73	1.574,10
2157	RICARDO DE CARVALHO	281.686.478-23	1.822,95
33	THAIS BOARETO DA SILVA	329.168.118-50	4.111,89
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA C	298.834.288-12	1.477,80
Empregados: 39 Estagiários: 0 Contribuintes: 0			Total da Empresa: 71.747,92
(setenta e um mil setecentos e quarenta e sete reais e noventa e dois centavos)			

MIRANDOPOLIS, 02/09/2020

Responsável: _____

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

EXTRATO MENSAL

Empr.:	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
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	117,38	117,38 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND:	1	Proventos:	1.988,38	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.835,67
NF:	1	Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68	Base IRRF:	1.528,70

Empr.:	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
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,59	307,24 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	42,66	42,66 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	45,89 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	444,81 P				

ND:	2	Proventos:	3.244,88	Descontos:	353,13	Informativa:	256,17	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.891,75
NF:	1	Base INSS:	3.202,22	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.202,22	Valor FGTS:	256,17	Base IRRF:	2.515,80

Empr.:	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
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	2.548,41

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,59	306,71 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	196,76	196,76 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	78,96 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	95,18	441,01 P				

ND:	0	Proventos:	3.395,18	Descontos:	385,67	Informativa:	255,87	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	3.009,51
NF:	0	Base INSS:	3.198,42	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.198,42	Valor FGTS:	255,87	Base IRRF:	2.891,71

Empr.:	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
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,04	130,75 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	108,30	108,30 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33 P				

ND:	2	Proventos:	1.735,34	Descontos:	130,75	Informativa:	130,16	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.604,59
NF:	2	Base INSS:	1.627,04	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.627,04	Valor FGTS:	130,16	Base IRRF:	1.117,11

Empr.:	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
CC:	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	153,21 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	115,76	115,76 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	106,22	269,94 P				

ND:	0	Proventos:	1.992,41	Descontos:	153,21	Informativa:	150,13	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.839,20
NF:	0	Base INSS:	1.876,65	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.876,65	Valor FGTS:	150,13	Base IRRF:	1.723,44

Empresa:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Página:	2/9
CNPJ:	45.349.461/0008-89	Emissão:	01/09/2020
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	11:18:08
Competência:	08/2020		

EXTRATO MENSAL

Empr.:	2445 ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	Situação:	Trabalhando	CPF:	014.000.604-43	PIS:	160.99087.56-8
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	23/07/2018	CTPS/Série:	29379/00026
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	44,85	44,85 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND: 3	Proventos:	1.915,85	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.763,14
NF: 0	Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68	Base IRRF:	1.149,52

Empr.:	2336 BIANCA CAETANO COSTA	Situação:	Trabalhando	CPF:	301.663.768-50	PIS:	128.98626.17-3
Cargo:	56 ENFERMEIRO (A)	Vínculo:	Celetista	Adm:	17/01/2018	CTPS/Série:	47168/00315
CC:	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	252,73 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	30,97 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	0,40	1,85 P				

ND: 1	Proventos:	2.866,69	Descontos:	283,70	Informativa:	220,74	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.582,99
NF: 1	Base INSS:	2.759,26	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.759,26	Valor FGTS:	220,74	Base IRRF:	2.316,94

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,37	278,72 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P	999	IMPOSTO DE RENDA	7,50	59,48 D
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	47,14	218,42 P				

ND: 0	Proventos:	2.975,83	Descontos:	338,20	Informativa:	238,06	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.637,63
NF: 0	Base INSS:	2.975,83	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	2.975,83	Valor FGTS:	238,06	Base IRRF:	2.697,11

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

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	2.548,41 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	2.757,41 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	120,16	120,16 P				
8013 INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00 P				

ND: 0	Proventos:	2.877,57	Descontos:	2.757,41	Informativa:	0	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	120,16
NF: 0	Base INSS:	0,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	0,00	Valor FGTS:	0,00	Base IRRF:	0,00
Doença período superior a 15 dias: 16/07/2018 a 30/12/2020										

Empr.:	2125 CATIA FERNANDA FERRAZ	Situação:	Trabalhando	CPF:	377.077.858-86	PIS:	129.80319.17-3
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	035412/00370
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	119,90	119,90 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63 P				

ND: 1	Proventos:	1.950,24	Descontos:	149,05	Informativa:	146,42	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.801,19
NF: 1	Base INSS:	1.830,34	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.830,34	Valor FGTS:	146,42	Base IRRF:	1.491,70

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

Empresa:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Página:	3/9
CNPJ:	45.349.461/0008-89	Emissão:	01/09/2020
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	11:18:08
Competência:	08/2020		

EXTRATO MENSAL

Empr.:	2752 CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	Situação:	Trabalhando	CPF:	295.136.688-43	PIS:	128.09298.18-3
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	22/03/2019	CTPS/Série:	85740/00154
CC:	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
9382 VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND:	1	Proventos:	1.756,71	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.627,79
NF:	0	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.288,20

Empr.:	2772 DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	Situação:	Trabalhando	CPF:	218.471.208-65	PIS:	125.02011.74-6
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	03/05/2019	CTPS/Série:	039726/00154
CC:	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				

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

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	8,04	132,06 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	110,36	110,36 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	111,30	241,11 P				

ND:	0	Proventos:	1.751,96	Descontos:	132,06	Informativa:	131,32	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.619,90
NF:	0	Base INSS:	1.641,60	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.641,60	Valor FGTS:	131,32	Base IRRF:	1.509,54

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

8781 DIAS NORMAIS	19,00	885,22 P	998	I.N.S.S.	8,16	152,71 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE	11,00	512,49 P				
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	121,07	121,07 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	76,63 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND:	2	Proventos:	1.992,07	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.839,36
NF:	1	Base INSS:	1.871,00	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.871,00	Valor FGTS:	149,68	Base IRRF:	1.339,11

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 19/08/2020 a 29/08/2020

Empr.:	2134 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Situação:	Trabalhando	CPF:	108.823.788-64	PIS:	124.85513.93-9
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	33522/00115
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	122,72	122,72 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29 P				

ND:	0	Proventos:	1.993,72	Descontos:	152,71	Informativa:	149,68	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.841,01
NF:	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

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2020

Página: 4/9
Emissão: 01/09/2020
Horas: 11:18:08

EXTRATO MENSAL

Empr.: 2135 EDILENE MANOEL Situação: Trabalhando CPF: 291.914.308-52 PIS: 209.15153.56-9
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 11009/00240
 CC: 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
 334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 107,43 107,43 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P

ND: 1 Proventos: 1.714,14 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.585,22
 NF: 1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.288,20

Empr.: 2136 ELAINE CRISTINA DIAS BORGES Situação: Trabalhando CPF: 095.608.758-25 PIS: 126.22542.14-5
 Cargo: 71 TEC. ENFERMAGEM Vínculo: Celetista Adm: 04/10/2017 CTPS/Série: 040637/00115
 CC: 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
 334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 107,65 107,65 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P

ND: 0 Proventos: 1.714,36 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.585,44
 NF: 0 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.477,79

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

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

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

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

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

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

8781 DIAS NORMAIS 26,00 1.211,35 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
 8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE 4,00 186,36 P
 334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 107,43 107,43 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 181,13 P
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 27,87 P

ND: 2 Proventos: 1.714,14 Descontos: 128,92 Informativa: 128,53 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.585,22
 NF: 1 Base INSS: 1.606,71 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.606,71 Valor FGTS: 128,53 Base IRRF: 1.098,61
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 16/08/2020 a 19/08/2020

Empresa:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Página:	5/9
CNPJ:	45.349.461/0008-89	Emissão:	01/09/2020
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	11:18:08
Competência:	08/2020		

EXTRATO MENSAL

Empr.:	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
CC:	900	Depto:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	7,93	116,60 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	94,73	94,73 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32 P				

ND:	0	Proventos:	1.564,54	Descontos:	116,60	Informativa:	117,58	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.447,94
NF:	0	Base INSS:	1.469,81	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.469,81	Valor FGTS:	117,58	Base IRRF:	1.353,21

Empr.:	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
CC:	900	Depto:	700	Filial:	1	Salário:	1.191,49

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49 P	998	I.N.S.S.	7,92	115,04 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	94,67	94,67 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	51,99 P				

ND:	0	Proventos:	1.547,15	Descontos:	115,04	Informativa:	116,19	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.432,11
NF:	0	Base INSS:	1.452,48	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.452,48	Valor FGTS:	116,19	Base IRRF:	1.337,44

Empr.:	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
CC:	900	Depto:	600	Filial:	1	Salário:	1.397,71

8781 DIAS NORMAIS	14,00	652,26 P	998	I.N.S.S.	8,08	138,07 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	16,00	745,45 P				
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	122,22	122,22 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	111,47 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	101,65 P				

ND:	2	Proventos:	1.830,58	Descontos:	138,07	Informativa:	136,66	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.692,51
NF:	1	Base INSS:	1.708,36	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.708,36	Valor FGTS:	136,66	Base IRRF:	1.191,11

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/08/2020 a 13/08/2020

Doença período igual ou inferior a 15 dias: 15/08/2020 a 19/08/2020

Empr.:	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
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	108,83	108,83 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND:	0	Proventos:	1.715,54	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.586,62
NF:	0	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.477,79

Empr.:	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
CC:	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				

ND:	1	Proventos:	3.257,41	Descontos:	378,63	Informativa:	260,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.878,78
NF:	1	Base INSS:	3.257,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.257,41	Valor FGTS:	260,59	Base IRRF:	2.752,85

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
UF: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Unidade de Despesa: Custeio

Empresa:	ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Página:	6/9
CNPJ:	45.349.461/0008-89	Emissão:	01/09/2020
Cálculo:	Folha Mensal	Horas:	11:18:08
Competência:	08/2020		

EXTRATO MENSAL

Empr.:	2147 LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	Situação:	Trabalhando	CPF:	427.001.668-09	PIS:	204.92505.78-5
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	018787/00397
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND:	0	Proventos:	1.714,14	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.585,22
NF:	0	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.477,79

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,17	154,44 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	121,43	121,43 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	111,58	283,56 P				

ND:	0	Proventos:	2.011,70	Descontos:	154,44	Informativa:	151,22	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.857,26
NF:	0	Base INSS:	1.890,27	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.890,27	Valor FGTS:	151,22	Base IRRF:	1.735,83

Empr.:	2149 MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	Situação:	Trabalhando	CPF:	427.566.218-03	PIS:	203.30629.68-3
Cargo:	71 TEC. ENFERMAGEM	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	019982/00370
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	108,08	108,08 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND:	0	Proventos:	1.714,79	Descontos:	128,92	Informativa:	128,53	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.585,87
NF:	0	Base INSS:	1.606,71	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.606,71	Valor FGTS:	128,53	Base IRRF:	1.477,79

Empr.:	2129 MARCIA MAIARA POSSENTI	Situação:	Trabalhando	CPF:	382.523.438-05	PIS:	204.89256.27-3
Cargo:	8 AUX. ADMINISTR.	Vínculo:	Celetista	Adm:	04/10/2017	CTPS/Série:	066232/00315
CC:	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
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	96,98	96,98 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				

ND:	0	Proventos:	1.548,31	Descontos:	114,93	Informativa:	116,10	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	1.433,38
NF:	0	Base INSS:	1.451,33	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	1.451,33	Valor FGTS:	116,10	Base IRRF:	1.336,40

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41 P	998	I.N.S.S.	9,67	314,97 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	30,72	30,72 P	999	IMPOSTO DE RENDA	15,00	86,57 D
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
27 ADICIONAL RT	500,00	500,00 P				

ND:	0	Proventos:	3.288,13	Descontos:	401,54	Informativa:	260,59	Informativa Dedutora:	0	Líquido:	2.886,59
NF:	0	Base INSS:	3.257,41	Excedente INSS:	0,00	Base FGTS:	3.257,41	Valor FGTS:	260,59	Base IRRF:	2.942,44

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

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2020

Página: 7/9
Emissão: 01/09/2020
Horas: 11:18:08

EXTRATO MENSAL

Empr.: 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
CC: 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

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

Empr.: 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
CC: 900 **Depto:** 600 **Filial:** 1 **Salário:** 2.548,41

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA) 29,00 2.463,46 P 8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS 29,00 2.665,49 D
 8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE 1,00 84,95 P 998 I.N.S.S. 7,50 6,89 D
 334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 187,21 187,21 P
 8013 INSALUB 20% DOENCA 20,00 202,03 P
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 6,97 P

ND: 0 **Proventos:** 2.944,62 **Descontos:** 2.672,38 **Informativa:** 7,35 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 272,24
NF: 0 **Base INSS:** 91,92 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 91,92 **Valor FGTS:** 7,35 **Base IRRF:** 85,03
 Doença período superior a 15 dias: 18/07/2020 a 15/09/2020

Empr.: 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
CC: 900 **Depto:** 600 **Filial:** 1 **Salário:** 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 30,00 1.397,71 P 998 I.N.S.S. 8,17 154,53 D
 334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 122,56 122,56 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P
 247 ADICIONAL NOTURNO 40% 112,00 284,62 P

ND: 0 **Proventos:** 2.013,89 **Descontos:** 154,53 **Informativa:** 151,30 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.859,36
NF: 0 **Base INSS:** 1.891,33 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.891,33 **Valor FGTS:** 151,30 **Base IRRF:** 1.736,80

Empr.: 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
CC: 900 **Depto:** 600 **Filial:** 1 **Salário:** 1.397,71

8781 DIAS NORMAIS 19,00 885,22 P 998 I.N.S.S. 8,02 128,92 D
 8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTE 11,00 512,49 P
 334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 107,76 107,76 P
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 132,37 P
 9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 20,00 76,63 P

ND: 1 **Proventos:** 1.714,47 **Descontos:** 128,92 **Informativa:** 128,53 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 1.585,55
NF: 1 **Base INSS:** 1.606,71 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 1.606,71 **Valor FGTS:** 128,53 **Base IRRF:** 1.288,20
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 22/07/2020 a 01/08/2020
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/08/2020 a 05/08/2020
 Doença período igual ou inferior a 15 dias: 06/08/2020 a 12/08/2020

Empr.: 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
CC: 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
 334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018 174,98 174,98 P 999 IMPOSTO DE RENDA 7,50 45,07 D
 16 INSALUBRIDADE 20% 20,00 209,00 P

ND: 0 **Proventos:** 2.932,39 **Descontos:** 297,58 **Informativa:** 220,59 **Informativa Dedutora:** 0 **Líquido:** 2.634,81
NF: 0 **Base INSS:** 2.757,41 **Excedente INSS:** 0,00 **Base FGTS:** 2.757,41 **Valor FGTS:** 220,59 **Base IRRF:** 2.504,90

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 030196 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custo

Empresa: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
CNPJ: 45.349.461/0008-89
Cálculo: Folha Mensal
Competência: 08/2020

Página: 8/9
Emissão: 01/09/2020
Horas: 11:18:08

EXTRATO MENSAL

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

8781 DIAS NORMAIS	27,00	1.072,34 P	998	I.N.S.S.	8,01	127,52 D
8870 DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTE	3,00	119,15 P				
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	110,49	110,49 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10 P				
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	20,00	20,90 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	190,64 P				

ND: 1 Proventos: 1.701,62 Descontos: 127,52 Informativa: 127,29 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.574,10
NF: 1 Base INSS: 1.591,13 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.591,13 Valor FGTS: 127,29 Base IRRF: 1.274,02
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 26/07/2020 a 01/08/2020
Doença período igual ou inferior a 15 dias: 03/08/2020 a 04/08/2020

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

8781 DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71 P	998	I.N.S.S.	8,15	150,88 D
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	123,16	123,16 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96 P				

ND: 0 Proventos: 1.973,83 Descontos: 150,88 Informativa: 148,05 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 1.822,95
NF: 0 Base INSS: 1.850,67 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 1.850,67 Valor FGTS: 148,05 Base IRRF: 1.699,79

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

8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	30,00	1.397,95 P	8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00	1.606,95 D
8013 INSALUB 20% DOENÇA	20,00	209,00 P				

ND: 0 Proventos: 1.606,95 Descontos: 1.606,95 Informativa: 0 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 0,00
NF: 0 Base INSS: 0,00 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 0,00 Valor FGTS: 0,00 Base IRRF: 0,00
Novo afast. mesma doença: 28/07/2020 a 04/08/2020
Novo afast. mesma doença: 05/08/2020 a 03/10/2020

Empr.: 33 THAIS BOARETO DA SILVA Situação: Trabalhando CPF: 329.168.118-50 PIS: 134.51447.81-8
Cargo: 3 ENFERMEIRO (A) DE TERAPIA INTENSIVA Vínculo: Celetista Adm: 15/09/2014 CTPS/Série: 22778/315
CC: 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
242 REEMBOLSO DESP PAGO	45,95	45,95 P				
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P				
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	241,22	241,22 P				
16 INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00 P				
27 ADICIONAL RT	1.061,58	1.061,58 P				

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

ND: 0 Proventos: 4.907,21 Descontos: 795,32 Informativa: 369,60 Informativa Dedutora: 0 Líquido: 4.111,89
NF: 0 Base INSS: 4.620,04 Excedente INSS: 0,00 Base FGTS: 4.620,04 Valor FGTS: 369,60 Base IRRF: 4.114,31

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

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

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

EXTRATO MENSAL

Total Geral Proventos:	85.864,85	Total Geral Descontos:	14.218,20
		Líquido Geral:	71.646,65

Resumo por Rubrica

16 INSALUBRIDADE 20%	720,00	7.210,50 P	998 I.N.S.S.	318,43	6.488,16 D
27 ADICIONAL RT	1.561,58	1.561,58 P	999 IMPOSTO DE RENDA	90,00	700,19 D
242 REEMBOLSO DESP PAGO	76,67	76,67 P	8801 DESCONTO DIAS AFASTADOS	89,00	7.029,85 D
245 AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58 P			
247 ADICIONAL NOTURNO 40%	1.575,82	4.408,30 P			
294 PARCELA DIFERENCA DISSIDIO	185,02	185,02 P			
334 PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	3.571,61	3.571,61 P			
894 MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00 P			
8011 INSALUB 20% LIC.MATERN	20,00	209,00 P			
8013 INSALUB 20% DOENCA	60,00	620,03 P			
8781 DIAS NORMAIS	1.035,00	55.654,97 P			
8784 SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41 P			
8785 DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	89,00	6.409,82 P			
8870 DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INT	46,00	2.160,89 P			
9230 INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR	120,00	320,47 P			
9382 VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00 P			

Líquido Geral: 71.646,65

Situações

Número de empregados:	40	Salário contribuição empregados:	75.036,72	Base IRRF Mensal:	63.808,81
Numero de estagiários:	0	Salário contribuição contribuintes:	0,00	Valor IRRF Mensal:	700,19
Trabalhando:	37	Excedente:	0,00	Base IRRF Férias:	0,00
Afastado direitos integrais:	0	Base total:	75.036,72	Valor IRRF Férias:	0,00
Afastado acidente de trabalho:	0	Segurados:	6.488,16	Base IRRF Partic. Lucros:	0,00
Afastado serviço militar:	0	Empresa:	0,00	Valor IRRF Partic. Lucros:	0,00
Salário maternidade:	1	RAT:	0,00	Base IRRF Exterior:	0,00
Salário maternidade INSS:	0	Contribuintes:	0,00	Valor IRRF Exterior:	0,00
Doença:	2	Sub-Total:	6.488,16	Base IRRF 13º Salário:	0,00
Doença Profissional:	0	Retenções:	0,00	Valor IRRF 13º Salário:	0,00
Licença sem vencimento:	0	(-) Salário família/maternidade:	3.257,41	Valor Total do IRRF:	700,19
Demitido:	0	Compensações:	0,00	IRRF Aluguéis:	0,00
Transferido:	0	Valores pagos a Cooperativas:	0,00	IRRF contribuintes:	0,00
Férias:	0	Outras Compensações:	0,00	Base do FGTS:	75.036,72
Mandato sindical:	0	Total:	3.230,75	Valor do FGTS:	6.002,76
Aposentadoria:	0	Terceiros:	0,00	Base do FGTS Aprendiz:	0,00
Partic. curso/programa de qualificação:	0	Total INSS:	3.230,75	Valor do FGTS Aprendiz:	0,00
Ausência justificada:	0			Base FGTS - GRRF:	0,00
Outros motivos de afastamento:	0			FGTS - GRRF:	0,00
Admissões:	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: 71.646,65



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.835,67 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ALCIONE BOGAZ, na conta 108.306, ag ncia 0448 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e trinta e cinco reais e sessenta e sete centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2329	ALCIONE BOGAZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		16/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38		
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	
			1.988,38	152,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.835,67	
conta corrente: 108306-6			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	1.871,00	1.871,00	149,68	1.528,70	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2329	ALCIONE BOGAZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		16/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	117,38	117,38		
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	
			1.988,38	152,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	1.835,67	
conta corrente: 108306-6			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	1.871,00	1.871,00	149,68	1.528,70	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.891,75 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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 oitocentos e noventa e um reais e setenta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		20/10/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	42,66	42,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	444,81		
998	I.N.S.S.	9,59		307,24	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,89	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.244,88	353,13	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.891,75	
conta corrente: 198732-1					
Agência: 0178 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.202,22	3.202,22	256,17	2.515,80	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		20/10/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	42,66	42,66		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	444,81		
998	I.N.S.S.	9,59		307,24	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		45,89	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.244,88	353,13	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.891,75	
conta corrente: 198732-1					
Agência: 0178 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.202,22	3.202,22	256,17	2.515,80	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 3.009,51 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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 nove reais e cinquenta e um centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,18	441,01		
998	I.N.S.S.	9,59		306,71	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		78,96	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.395,18	385,67	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	3.009,51	
conta corrente: 19432-8					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.198,42	3.198,42	255,87	2.891,71	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	196,76	196,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	95,18	441,01		
998	I.N.S.S.	9,59		306,71	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		78,96	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.395,18	385,67	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	3.009,51	
conta corrente: 19432-8					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	3.198,42	3.198,42	255,87	2.891,71	15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.604,59 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e quatro reais e cinqüenta e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	130,75	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
998	I.N.S.S.	8,04			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.735,34	130,75	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6			Valor Líquido ➡	1.604,59	
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	1.627,04	1.627,04	130,16	1.117,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto 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	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	130,75	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,30	108,30		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	8,00	20,33		
998	I.N.S.S.	8,04			
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19481-6 Agência: 448 - 0			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.735,34	130,75	
			Valor Líquido ➡	1.604,59	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.627,04	1.627,04	130,16	1.117,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.839,20 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e oitocentos e trinta e nove reais e vinte centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário
2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
TEC. ENFERMAGEM

CBO Departamento Faltas
322205 600 1
Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	106,22	269,94		
998	I.N.S.S.	8,16		153,21	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.992,41	153,21	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19476-x			Valor Líquido ➡	1.839,20	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.876,65	1.876,65	150,13	1.723,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

Código Nome do Funcionário
2123 ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
TEC. ENFERMAGEM

CBO Departamento Faltas
322205 600 1
Admissão: 04/10/2017

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	115,76	115,76		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	106,22	269,94		
998	I.N.S.S.	8,16		153,21	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.992,41	153,21	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19476-x			Valor Líquido ➡	1.839,20	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.876,65	1.876,65	150,13	1.723,44	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Oswaldo Brandt Faria de Mirandópolis
Lupo de Paula Costa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.763,14 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* em sua conta corrente 211-9, agÇncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e sessenta e trÇs reais e catorze centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		23/07/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85		
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	
			1.915,85	152,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.763,14	
conta corrente: 20148-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.149,52	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		23/07/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	44,85	44,85		
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	
			1.915,85	152,71	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.763,14	
conta corrente: 20148-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.149,52	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.582,99 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a BIANCA CAETANO COSTA, na conta 111.247, ag ncia 0448 do banco 001.

(Dois mil e quinhentos e oitenta e dois reais e noventa e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		17/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,40	1,85		
998	I.N.S.S.	9,16		252,73	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,97	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.866,69	283,70	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3			Valor Líquido →	2.582,99	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.759,26	2.759,26	220,74	2.316,94	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		17/01/2018	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	0,40	1,85		
998	I.N.S.S.	9,16		252,73	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		30,97	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.866,69	283,70	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 111247-3			Valor Líquido →	2.582,99	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.759,26	2.759,26	220,74	2.316,94	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.637,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a BRUNA BERALDO FERRANTE, na conta 88.948, ag ncia 0295 do banco 001.

(Dois mil e seiscentos e trinta e sete reais e sessenta e três centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		20/12/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	47,14	218,42		
998	I.N.S.S.	9,37		278,72	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.975,83	338,20	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	2.637,63	
conta salário: 88948-2			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.975,83	2.975,83	238,06	2.697,11	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		20/12/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	47,14	218,42		
998	I.N.S.S.	9,37		278,72	
999	IMPOSTO DE RENDA	7,50		59,48	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.975,83	338,20	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	2.637,63	
conta salário: 88948-2			Agência: 0295 - X		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.975,83	2.975,83	238,06	2.697,11	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 120,16 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lançado a débito* em sua conta corrente 211-9, agência 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a CAMILA DONATO INNOCENCIO, na conta 111.351, agência 0448 do banco 001.

(Cento e vinte reais e dezesseis centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	120,16	120,16	
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	209,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.757,41
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.877,57	2.757,41
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111351-8			Valor Líquido ➡	120,16
			Agência: 448 - 0	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2145	CAMILA DONATO INNOCENCIO	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	30,00	2.548,41	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	120,16	120,16	
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	209,00	
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		2.757,41
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			2.877,57	2.757,41
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 111351-8			Valor Líquido ➡	120,16
			Agência: 448 - 0	

Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090195 - 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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.801,19 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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 oitocentos e um reais e dezenove centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.950,24	149,05
			Valor Líquido ➡	1.801,19
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	1.830,34	1.830,34	146,42	1.491,70
			Faixa IRRF	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	119,90	119,90	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	223,63	
998	I.N.S.S.	8,14		149,05
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.950,24	149,05
			Valor Líquido ➡	1.801,19
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	1.830,34	1.830,34	146,42	1.491,70
			Faixa IRRF	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.627,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÃbito* em sua conta corrente 211-9, agÃncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e vinte e sete reais e setenta e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÃÃo 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 Ã soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

ConvÃnio n° 0107/2017
Termo Aditivo n° 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196. - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	128,92	
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02			
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.756,71	128,92	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20619-9			Valor Liquido ➡	1.627,79	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	0,00

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 28 DE SETEMBRO ***

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00		
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	
			1.756,71	128,92	
BANCO DO BRASIL 1 conta: 20619-9			Valor Líquido ➡	1.627,79	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

*** PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 28 DE SETEMBRO ***



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.718,31 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e setecentos e dezoito reais e trinta e um centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		03/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	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 Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.871,02	1.871,02	149,68	1.718,31	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		03/05/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	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 Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.871,02	1.871,02	149,68	1.718,31	0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.619,90 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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 seiscentos e dezenove reais e noventa centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,30	241,11	
998	I.N.S.S.	8,04		132,06
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.751,96	132,06
			Valor Líquido ➡	1.619,90
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.641,60	1.641,60	131,32	1.509,54
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,36	110,36	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,30	241,11	
998	I.N.S.S.	8,04		132,06
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.751,96	132,06
			Valor Líquido ➡	1.619,90
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19413-1 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.641,60	1.641,60	131,32	1.509,54
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.790,63 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a DENISE PRISCILA ANCILOTTO, na conta 7.621, ag ncia 0448 do banco 001.

(Um mil e setecentos e noventa reais e sessenta e três centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOU	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	18,00	838,63		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	1,00	46,59		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	11,00	512,49		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	6,97		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,63		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	1,00		53,56	
998	I.N.S.S.	8,14		147,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.992,07	201,44	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.790,63	
conta corrente: 7621-X					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.817,44	1.817,44	145,39	1.290,38	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOU	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	18,00	838,63		
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	1,00	46,59		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	11,00	512,49		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,07	121,07		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	125,40		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	6,97		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,63		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	104,00	264,29		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	1,00		53,56	
998	I.N.S.S.	8,14		147,88	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.992,07	201,44	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.790,63	
conta corrente: 7621-X					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.817,44	1.817,44	145,39	1.290,38	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.841,01 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILAINE MUNHOZ MAQUEA, na conta 14.727, ag ncia 0448 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e quarenta e um reais e um centavo)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	122,72	122,72	
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
			1.993,72	152,71
			Valor Líquido ➡	1.841,01
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. 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
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	122,72	122,72	
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
			1.993,72	152,71
			Valor Líquido ➡	1.841,01
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 14727-3 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.871,00	1.871,00	149,68	1.718,29
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário _____

Data _____

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.585,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a EDILENE MANOEL, na conta 19.434, ag ncia 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e oitenta e cinco reais e vinte e dois centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2135	EDILENE MANOEL	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,14	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.585,22	
conta corrente: 19434-4			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2135	EDILENE MANOEL	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,43	107,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,14	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.585,22	
conta corrente: 19434-4			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.585,44 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e oitenta e cinco reais e quarenta e quatro centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,36	128,92	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108275-2			Agência: 448 - 0	Valor Líquido → 1.585,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,65	107,65		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,36	128,92	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 108275-2			Agência: 448 - 0	Valor Líquido → 1.585,44	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Filial	
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	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	FGTS do Mês
			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 Funcionario

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionario	CBO	Departamento	Filial	
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/05/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	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	FGTS do Mês
			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 Funcionario

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.585,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a GISLAINE MACHADO MORABITO, na conta 19.478, ag ncia 0448 do banco 001.

(Um mil e quinhentos e oitenta e cinco reais e vinte e dois centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	26,00	1.211,35	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	4,00	186,36	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	181,13	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	27,87	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.714,14	128,92
			Valor Líquido ➡	1.585,22
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS 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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	26,00	1.211,35	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	4,00	186,36	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	181,13	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	27,87	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.714,14	128,92
			Valor Líquido ➡	1.585,22
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19478-6 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS 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

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.447,94 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a ISADORA MORAIS DE CASTRO, na conta 19.411, ag ncia 0448 do banco 001.

(Um mil e quatrocentos e quarenta e sete reais e noventa e quatro centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto 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	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	94,73	94,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32	
998	I.N.S.S.	7,93		116,60
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.564,54	116,60
			Valor Líquido ➡	1.447,94
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.469,81	1.469,81	117,58	1.353,21
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto 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	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	94,73	94,73	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	32,00	69,32	
998	I.N.S.S.	7,93		116,60
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.564,54	116,60
			Valor Líquido ➡	1.447,94
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19411-5 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.469,81	1.469,81	117,58	1.353,21
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.432,11 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* em sua conta corrente 211-9, agÇncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quatrocentos e trinta e dois reais e onze centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

ConvÇnio nÇ 0107/2017
Termo Aditivo nÇ 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	51,99	
998	I.N.S.S.	7,92		115,04
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.547,15	115,04
			Valor Líquido ➡	1.432,11
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.452,48	1.452,48	116,19	1.337,44
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.191,49	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	94,67	94,67	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	24,00	51,99	
998	I.N.S.S.	7,92		115,04
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.547,15	115,04
			Valor Líquido ➡	1.432,11
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19436-0 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.452,48	1.452,48	116,19	1.337,44
				Faixa IRRF
				0,00

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

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.692,51 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÃbito* em sua conta corrente 211-9, agÃncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e seiscentos e noventa e dois reais e cinqÜenta e um centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÃo Ã vÃlido como comprovante da operaÇÃo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	14,00	652,26		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	16,00	745,45		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	111,47		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	101,65		
998	I.N.S.S.	8,08		138,07	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.830,58	138,07	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2			Valor Líquido ➡	1.692,51	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.708,36	1.708,36	136,66	1.191,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	14,00	652,26	138,07		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	16,00	745,45			
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,22	122,22			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	97,53			
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	111,47			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	40,00	101,65			
998	I.N.S.S.	8,08				
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 107885-2 Agência: 448 - 0			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			1.830,58	138,07		
			Valor Líquido ➡	1.692,51		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71		1.708,36	1.708,36	136,66	1.191,11	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.586,62 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* 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 quinhentos e oitenta e seis reais e sessenta e dois centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.715,54	128,92
			Valor Líquido ➡	1.586,62
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS 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
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	108,83	108,83	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.715,54	128,92
			Valor Líquido ➡	1.586,62
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19414-X Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS 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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.878,78 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* em sua conta corrente 211-9, agÇncia 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00	
8011	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
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	2.878,78
conta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.752,85
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8784	SALARIO MATERNIDADE DIAS	30,00	2.548,41	
894	MEDIA LIC. MATERNIDADE	0,00	500,00	
8011	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
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido ➡	2.878,78
conta salário: 20679-2 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41	3.257,41	3.257,41	260,59	2.752,85
				Faixa IRRF
				7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 URSF - 080196 - Hospital Estadual
 Centro Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.585,22 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* 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 quinhentos e oitenta e cinco reais e vinte e dois centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,14	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.585,22	
conta corrente: 19003-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	107,43	107,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.714,14	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.585,22	
conta corrente: 19003-9			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.857,26 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* 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 oitocentos e cinqÜenta e sete reais e vinte e seis centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Ç soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	121,43	121,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,58	283,56		
998	I.N.S.S.	8,17		154,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.011,70	154,44	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Líquido ➡	1.857,26	
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.890,27	1.890,27	151,22	1.735,83	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	121,43	121,43		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	111,58	283,56		
998	I.N.S.S.	8,17		154,44	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.011,70	154,44	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19412-3			Valor Líquido ➡	1.857,26	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.890,27	1.890,27	151,22	1.735,83	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.585,87 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e oitenta e cinco reais e oitenta e sete centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.433,38 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* 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 quatrocentos e trinta e trÇs reais e trinta e oito centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta c o r r e n t e .

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1	
AUX. ADMINIST.		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	7,92		114,93	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.548,31	114,93	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.433,38	
conta corrente: 16147-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	411005	800	1	
AUX. ADMINIST.		Admissão:		04/10/2017	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.242,33		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	96,98	96,98		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	7,92		114,93	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.548,31	114,93	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.433,38	
conta corrente: 16147-0			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.242,33	1.451,33	1.451,33	116,10	1.336,40	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.477,79 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a dÇbito* em sua conta corrente 211-9, agÇncia 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Ç soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		25/01/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.477,79	
conta corrente: 26458-X			⇒		
Agência: 373 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		25/01/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	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	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.477,79	
conta corrente: 26458-X			⇒		
Agência: 373 - 5					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.477,79	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 422,24 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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.

(Quatrocentos e vinte e dois reais e vinte e quatro centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:	04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	29,00	2.463,46		
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	84,95		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21		
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00		2.665,49	
998	I.N.S.S.	7,50		6,89	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.094,62	2.672,38	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7			Valor Líquido ➡	422,24	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	91,92	91,92	7,35	85,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:	04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENÇA)	29,00	2.463,46		
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	1,00	84,95		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	187,21	187,21		
9382	VALE ALIMENTACAO	150,00	150,00		
8013	INSALUB 20% DOENÇA	20,00	202,03		
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	6,97		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	29,00		2.665,49	
998	I.N.S.S.	7,50		6,89	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.094,62	2.672,38	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19553-7			Valor Líquido ➡	422,24	
			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	91,92	91,92	7,35	85,03	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.859,36 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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 oitocentos e cinqüenta e nove reais e trinta e seis centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62		
998	I.N.S.S.	8,17		154,53	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			2.013,89	154,53	
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X			Valor Líquido ➡	1.859,36	
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71	1.891,33	1.891,33	151,30	1.736,80	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71			
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	122,56	122,56			
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00			
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	112,00	284,62			
998	I.N.S.S.	8,17		154,53		
			Total de Vencimentos	Total de Descontos		
			2.013,89	154,53		
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19428-X Agência: 448 - 0			Valor Líquido ➡	1.859,36		
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,71		1.891,33	1.891,33	151,30	1.736,80	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de Lançamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.585,55 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, 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 quinhentos e oitenta e cinco reais e cinquenta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	19,00	885,22	
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	11,00	512,49	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,76	107,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,63	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.714,47	128,92
			Valor Líquido ➡	1.585,55
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	19,00	885,22	
8870	DIAS AFAST. P/DOENÇA C/DIR.INTEGRAIS	11,00	512,49	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	107,76	107,76	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	132,37	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	76,63	
998	I.N.S.S.	8,02		128,92
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.714,47	128,92
			Valor Líquido ➡	1.585,55
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 7812-3 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.606,71	1.606,71	128,53	1.288,20
				Faixa IRRF
				0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 2.634,81 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Dois mil e seiscentos e trinta e quatro reais e oitenta e um centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:	04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98		
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	
			2.932,39	297,58	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.634,81	
conta corrente: 19439-5					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.504,90	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	223505	600	1	
ENFERMEIRO (A)		Admissão:	04/10/2017		

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	174,98	174,98		
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	
			2.932,39	297,58	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	2.634,81	
conta corrente: 19439-5					
Agência: 448 - 0					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
2.548,41	2.757,41	2.757,41	220,59	2.504,90	7,50

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.574,10 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e quinhentos e setenta e quatro reais e dez centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.072,34	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	119,15	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	190,64	
998	I.N.S.S.	8,01		127,52
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.701,62	127,52
			Valor Líquido →	1.574,10
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.591,13	1.591,13	127,29	1.274,02
			Faixa IRRF	
			0,00	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
 CNPJ: 45.349.461/0008-89 CC: UTI MIRANDOPOLIS Mensalista
 Folha Mensal Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	27,00	1.072,34	
8870	DIAS AFAST. P/DOENCA C/DIR.INTEGRAIS	3,00	119,15	
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	110,49	110,49	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	188,10	
9230	INSALUB 20% IGUAL OU INFERIOR 15/30 DIAS	20,00	20,90	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	88,00	190,64	
998	I.N.S.S.	8,01		127,52
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.701,62	127,52
			Valor Líquido →	1.574,10
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19429-8 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.191,49	1.591,13	1.591,13	127,29	1.274,02
			Faixa IRRF	
			0,00	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recbo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÇamento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.822,95 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

Pagamento efetuado a RICARDO DE CARVALHO, na conta 19.423, ag ncia 0448 do banco 001.

(Um mil e oitocentos e vinte e dois reais e noventa e cinco centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	123,16	123,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.973,83	150,88
			Valor Líquido ➡	1.822,95
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.699,79
			Faixa IRRF	
			0,00	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
MensalistaFolha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,71	
334	PARCELA 2º PARCELA 13º 2018	123,16	123,16	
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00	
247	ADICIONAL NOTURNO 40%	96,00	243,96	
998	I.N.S.S.	8,15		150,88
			Total de Vencimentos	Total de Descontos
			1.973,83	150,88
			Valor Líquido ➡	1.822,95
BANCO DO BRASIL 1 conta corrente: 19423-9 Agência: 448 - 0				
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,71	1.850,67	1.850,67	148,05	1.699,79
			Faixa IRRF	
			0,00	

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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



Aviso de lanÃ§amento

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 4.111,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÃ§ado a dÃ©bito* em sua conta corrente 211-9, agÃªncia 6790-3, na data acima.

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

(Quatro mil e cento e onze reais e oitenta e nove centavos)

* Este aviso de lanÃ§amento nÃ£o Ã© vÃ¡lido como comprovante da operaÃ§Ã£o e demonstra apenas que houve um lanÃ§amento em conta c o r r e n t e .

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

ConvÃªnio nÂ° 0107/2017
Termo Aditivo nÂ° 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saude
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
294	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	45,95	45,95		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22		
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	
			4.907,21	795,32	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Líquido ➡	4.111,89	
Agência: 6921 - 3					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS 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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

CC: UTI MIRANDOPOLIS
Mensalista

Folha Mensal
Agosto de 2020

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

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
294	PARCELA DIFERENÇA DISSÍDIO	185,02	185,02		
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.886,86		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	45,95	45,95		
245	AJUDA DE CUSTO	277,58	277,58		
334	PARCELA 2° PARCELA 13° 2018	241,22	241,22		
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	
			4.907,21	795,32	
BANCO DO BRASIL 1 conta poupança: 197087-9			Valor Líquido ➡	4.111,89	
			Agência: 6921 - 3		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS 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

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G3351108570038471
11/10/2020 15:15:17

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

Data 03/09/2020 Valor R\$ 1.477,80 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 150, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

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

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:15:17

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.606,72	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.477,80	
conta corrente: 19514-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fóil	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		11/06/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	1.397,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
998	I.N.S.S.	8,02		128,92	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.606,72	128,92	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	1.477,80	
conta corrente: 19514-6			Agência: 448 - 0		
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,72	1.606,72	1.606,72	128,53	1.098,62	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,95		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.606,95	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.606,95	1.606,95	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	0,00	
conta salário: 88417-X					
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Filial	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		17/09/2019	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8785	DIAS AFAST.INSS (P/DOENCA)	30,00	1.397,95		
8013	INSALUB 20% DOENCA	20,00	209,00		
8801	DESCONTO DIAS AFASTADOS	30,00		1.606,95	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			1.606,95	1.606,95	
BANCO DO BRASIL 1			Valor Líquido	0,00	
conta salário: 88417-X					
Agência: 0295 - X					
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	F.G.T.S do Mês	Base Calc. IRRF	Faixa IRRF
1.397,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.02
6790306790 SEGUNDA VIA 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====
Convenio FGTS ARREC GRFGTS-UNICO
Codigo de Barras 85810000020-0 85360451202-5
00904000000-5 12200973626-0
Data do pagamento 03/09/2020
Identificador 00000012200973626
Data de Vencimento 04/09/2020
Valor Total 2.085,36
=====

DOCUMENTO: 090301
AUTENTICACAO SISBB: 3.A21.993.347.26D.FB5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 04/09/2020
CPF/CNPJ 45.349.461/0008-89	IDENTIFICADOR 000.000.122.009.736-26	TOTAL A RECOLHER 2.085,36

85810000020-0

85360451202-5

00904000000-5

12200973626-0

PARCELAMENTO MP 927/2020

PARCELAS

Quantidade de Parcelas na Guia 1

VALORES

Depósito	2.085,36
Encargos Legais*	250,23
Isenção MP 927/2020*	-250,23
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 000.000.122.009.736-26	CPF/CNPJ 45.349.461/0008-89	TOTAL A RECOLHER 2.085,36
Atenção: não receber após o vencimento		DATA DE VENCIMENTO 04/09/2020

85810000020-0

85360451202-5

00904000000-5

12200973626-0



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.02
6790306790 SEGUNDA VIA 0004
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 237 - BANCO BRADESCO S.A.
AGENCIA: 0167-8 - LAVINIA
CONTA: 500.696-1

FAVORECIDO: ELIANA CRISTINA RODRIGUES
CPF/CNPJ: 294.873.608-08
VALOR: R\$ 1.478,01
DEBITO EM: 03/09/2020
=====

DOCUMENTO: 090302
AUTENTICACAO SISBB: F.D1D.B64.72E.281.A2F

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	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	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,95		1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	322205	600	1	
TEC. ENFERMAGEM		Admissão:		19/02/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	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	FGTS do Mês	Base Calc. IRRF
1.397,95		1.606,95	1.606,95	128,55	1.288,42
					Faixa IRRF
					0,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.02
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\$ 2.886,59

DEBITO EM: 03/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090303

AUTENTICACAO SISBB: 2.9C4.BC2.3C2.32B.E60

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

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	223405	700	1	
FARMACEUTICO (A)		Admissão:		01/04/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	30,72	30,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00		
998	I.N.S.S.	9,67		314,97	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		86,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.288,13	401,54	
			Valor Líquido →	2.886,59	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		3.257,41	3.257,41	260,59	2.942,44
					Faixa IRRF
					15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		CC: UTI MIRANDOPOLIS		Folha Mensal	
CNPJ: 45.349.461/0008-89		Mensalista		Agosto de 2020	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fórmula	
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	223405	700	1	
FARMACEUTICO (A)		Admissão:		01/04/2020	

Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
8781	DIAS NORMAIS	30,00	2.548,41		
242	REEMBOLSO DESP PAGO	30,72	30,72		
16	INSALUBRIDADE 20%	20,00	209,00		
27	ADICIONAL RT	500,00	500,00		
998	I.N.S.S.	9,67		314,97	
999	IMPOSTO DE RENDA	15,00		86,57	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			3.288,13	401,54	
			Valor Líquido →	2.886,59	
Salário Base		Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FG.T.S do Mês	Base Calc. IRRF
2.548,41		3.257,41	3.257,41	260,59	2.942,44
					Faixa IRRF
					15,00

Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.

Assinatura do Funcionário

Data

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.02
6790306790 SEGUNDA VIA 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====
Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85830000059-9 98650179200-1
90764405084-0 53494610008-6
Data do pagamento 03/09/2020
CNPJ/CEI/CPF 45349461/0008-89
COMPETENCIA 08/2020
CODIGO RECOLHIMENTO 115
VENCIMENTO 07/09/2020
VALOR DEPOSITO 5.998,65
Valor Total 5.998,65
=====

DOCUMENTO: 090304
AUTENTICACAO SISBB: C.BD5.A1C.321.60E.586

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 03/09/2020 - 09:48:02

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 74.983,16	06-QTDE TRABALHADORES 38	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 08/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 5.998,65	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 5.998,65
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2020

858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 03/09/2020 - 09:48:02

01-RAZÃO SOCIAL/NOME ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA				02-DDD/TELEFONE (0011)39056104
03-FPAS 639	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 74.983,16	06-QTDE TRABALHADORES 38	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 115	09-ID RECOLHIMENTO 017980-9	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 45.349.461/0008-89	11-COMPETÊNCIA 08/2020	12-DATA DE VALIDADE 07/09/2020

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 5.998,65	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 5.998,65
--	---------------------	---------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/09/2020

858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020
HORA: 09:48:02
PÁG : 0001/0007

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

858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 08/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2,0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0,50 RAT AJUSTADO: 1,00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13*SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD	MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13* SAL	REM 13*SAL	BASE CÁL 13*SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA				DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL						
SONIA DOS SANTOS ROCHA	0,00	116.26217.35-6	17/09/2019	01		27/07/2020	P2	0,00
SONIA DOS SANTOS ROCHA	0,00	116.26217.35-6	17/09/2019	01		04/08/2020	Z5	
SONIA DOS SANTOS ROCHA		116.26217.35-6	17/09/2019	01		04/08/2020	P2	
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	0,00	122.35412.21-3	04/10/2017	01		02/08/2020	P3	03222
JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.708,36	122.35412.21-3	04/10/2017	01		13/08/2020	Z5	0,00
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		14/08/2020	P3	03222
JOSE LOPES DE OLIVEIRA		122.35412.21-3	04/10/2017	01		19/08/2020	Z5	03222
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	0,00	126.82653.15-6	04/10/2017	01		25/07/2020	P3	04110
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.591,13	126.82653.15-6	04/10/2017	01		01/08/2020	Z5	0,00
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		126.82653.15-6	04/10/2017	01		02/08/2020	P3	04110
REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA		126.82653.15-6	04/10/2017	01		04/08/2020	Z5	04110
LAIS MARANI SILVA	0,00	129.46882.17-0	03/05/2019	01		29/06/2020	Q1	02234
GISLAINE MACHADO MORABITO	0,00	132.60974.45-7	04/10/2017	01		15/08/2020	P3	03222
GISLAINE MACHADO MORABITO	1.606,71	132.60974.45-7	04/10/2017	01		19/08/2020	Z5	0,00
NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	0,00	203.20306.87-3	04/10/2017	01		17/07/2020	P1	02235
	91,92	0,00	6,89			7,35		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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020
HORA: 09:48:02
PÁG : 0002/0007

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

858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
INSCRIÇÃO:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL		BASE CÁL 13° SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA				DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL						
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ			204.40341.55-2	04/10/2017	01		18/08/2020 P3	03222
1.817,44	0,00		0,00	147,88			145,39	0,00
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ			204.40341.55-2	04/10/2017	01		29/08/2020 Z5	03222
DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZ			204.40341.55-2	04/10/2017	01		30/08/2020 P2	03222
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA			236.45761.69-8	04/10/2017	01		21/07/2020 P3	03222
1.606,71	0,00		0,00	128,92			128,53	0,00
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA			236.45761.69-8	04/10/2017	01		01/08/2020 Z5	03222
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA			236.45761.69-8	04/10/2017	01		02/08/2020 P3	03222
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA			236.45761.69-8	04/10/2017	01		05/08/2020 Z5	03222
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA			236.45761.69-8	04/10/2017	01		05/08/2020 P3	03222
PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA			236.45761.69-8	04/10/2017	01		12/08/2020 Z5	03222
ALCIONE BOGAZ			128.78920.15-7	16/01/2018	01			03222
1.871,00	0,00		0,00	152,71			149,69	0,00
ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS			125.20024.54-4	20/10/2018	01			02235
3.202,22	0,00		0,00	307,24			256,18	0,00
ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN			133.59258.89-3	04/10/2017	01			02235
3.198,42	0,00		0,00	306,71			255,88	0,00
ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA			180.90148.36-6	04/10/2017	01			03222
1.627,04	0,00		0,00	130,75			130,16	0,00
ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA			125.41159.51-1	04/10/2017	01			03222
1.876,65	0,00		0,00	153,21			150,14	0,00
ANA PAULA DOS SANTOS SILVA			160.99087.56-8	23/07/2018	01			03222
1.871,00	0,00		0,00	152,71			149,68	0,00

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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020
HORA: 09:48:02
PÁG : 0003/0007

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

858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 08/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00

TOMADOR/OBRA:

NOME TRABALHADOR	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI	ADMISSÃO	CAT	OCOR	DATA/COD	MOVIMENTAÇÃO	CBO
REM SEM 13° SAL	REM 13° SAL	BASE CÁL 13° SAL PREV SOC	CONTRIB SEG DEVIDA				DEPÓSITO	JAM
		BASE CÁL PREV SOCIAL						
BIANCA CAETANO COSTA		128.98626.17-3	17/01/2018	01				02235
2.759,26	0,00	0,00	252,73			220,75		0,00
BRUNA BERALDO FERRANTE		209.83236.77-6	20/12/2019	01				02235
2.975,83	0,00	0,00	278,72			238,06		0,00
CATIA FERNANDA FERRAZ		129.80319.17-3	04/10/2017	01				03222
1.830,34	0,00	0,00	149,05			146,43		0,00
CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME		128.09298.18-3	22/03/2019	01				03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54		0,00
DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA		125.02011.74-6	03/05/2019	01				03222
1.871,02	0,00	0,00	152,71			149,69		0,00
DEBORA CRISTINA LOCHE		203.38786.55-9	04/10/2017	01				04110
1.641,60	0,00	0,00	132,06			131,32		0,00
EDILAINE MUNHOZ MAQUEA		124.85513.93-9	04/10/2017	01				03222
1.871,00	0,00	0,00	152,71			149,69		0,00
EDILENE MANOEL		209.15153.56-9	04/10/2017	01				03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53		0,00
ELAINE CRISTINA DIAS BORGES		126.22542.14-5	04/10/2017	01				03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54		0,00
ELIANA CRISTINA RODRIGUES		209.15162.89-4	19/02/2020	01				03222
1.606,95	0,00	0,00	128,94			128,55		0,00
GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS		129.46805.26-5	04/05/2020	01				03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,54		0,00
ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS		207.86720.36-5	04/10/2017	01				04110
1.469,81	0,00	0,00	116,60			117,58		0,00
IZABEL CRISTINA DE SOUZA		169.20547.00-8	04/10/2017	01				04110
1.452,48	0,00	0,00	115,04			116,19		0,00
KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA		164.11866.81-4	04/10/2017	01				03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53		0,00
LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ		204.92505.78-5	04/10/2017	01				03222
1.606,71	0,00	0,00	128,92			128,53		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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020
HORA: 09:48:02
PÁG : 0004/0007

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

858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA
COMP: 08/2020 COD REC:115 COD GPS: 2305 FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0 INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA: FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00 INSCRIÇÃO:

Nome Trabalhador	REM 13° SAL	REM 13° SAL	PIS/PASEP/CI BASE CÁL 13° SAL PREV SOC BASE CÁL PREV SOCIAL	ADMISSÃO CONTRIB SEG DEVIDA	CAT	OCOR	DATA/COD MOVIMENTAÇÃO DEPÓSITO	CBO JAM
LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	1.890,27	0,00	163.67215.87-6 0,00	04/10/2017	01		151,22	03222 0,00
MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	1.606,71	0,00	203.30629.68-3 0,00	04/10/2017	01		128,53	03222 0,00
MARCIA MAIARA POSSENTI	1.451,33	0,00	204.89256.27-3 0,00	04/10/2017	01		116,10	04110 0,00
MAURO CELSO CHIAVELLI	3.257,41	0,00	203.20305.12-5 0,00	01/04/2020	01		260,59	02234 0,00
NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	204.97661.73-4 0,00	25/01/2019	01		128,53	03222 0,00
PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.891,33	0,00	190.47976.86-2 0,00	04/10/2017	01		151,30	03222 0,00
PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.757,41	0,00	127.24425.16-4 0,00	04/10/2017	01		220,60	02235 0,00
RICARDO DE CARVALHO	1.850,67	0,00	125.51156.27-2 0,00	04/10/2017	01		148,06	03222 0,00
THAIS BOARETO DA SILVA	4.620,04	0,00	134.51447.81-8 0,00	15/09/2014	01	03	369,61	02235 0,00
VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	1.606,72	0,00	190.08698.55-5 0,00	11/06/2019	01		128,53	03222 0,00

TOTAIS DA EMPRESA/TOMADOR	74.983,16	0,00	0,00	6.483,33			5.998,65	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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020
HORA: 09:48:02
PÁG: 0005/0007

RELACÃO DOS TRABALHADORES CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
RESUMO DO FECHAMENTO - EMPRESA
MODALIDADE: "BRANCO"-RECOLHIMENTO AO FGTS E DECLARAÇÃO À PREVIDÊNCIA
858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA		N° DE CONTROLE: ATEM7A8Gb900000-9		N° ARQUIVO: OkpjaXoUlh60000-0	
COMP: 08/2020	COD REC: 115	COD GPS: 2305	FPAS: 639	OUTRAS ENT:	INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA:			SIMPLES: 1	RAT: 2.0	FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326			BAIRRO: CENTRO		CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS			UF: SP	CEP: 17230-000	CNAE: 8610102

CAT	QUANT	REMUNERAÇÃO SEM 13*	REMUNERAÇÃO 13*	BASE CÁL PREV SOC	BASE CÁL 13* PREV SOC
01	38	74.983,16	0,00	74.983,16	0,00
TOTAIS:	38	74.983,16	0,00	74.983,16	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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020
HORA: 09:48:02
PÁG : 0006/0007

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

858300000599 986501792001 907644050840 534946100086

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA N° DE CONTROLE: ATEm7A8Gb900000-9 N° ARQUIVO: OkpjaXoUlh60000-0
COMP: 08/2020 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 74.983,16
REMUNERAÇÃO 13° SALARIO 0,00
QUANTIDADE TRABALHADORES 38

VALORES DO FGTS

DATA DE RECOLHIMENTO ATÉ 07/09/2020

DEPÓSITO FGTS	ENCARGOS FGTS	CONTRIB SOCIAL	ENCARGOS CONTRIB SOCIAL	TOTAL RECOLHER
5.998,65	0,00	0,00	0,00	5.998,65

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

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA - MF

DATA: 03/09/2020
HORA: 09:48:02
PÁG: 0007/0007

RESUMO DAS INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL CONSTANTES NO ARQUIVO SEFIP
EMPRESA

EMPRESA: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA	Nº DE CONTROLE: ATEm7A8Gb900000-9	Nº ARQUIVO: OkpjaXoUlh60000-0
COMP: 08/2020 COD REC: 115 COD GPS: 2305	FPAS: 639 OUTRAS ENT: SIMPLES: 1 RAT: 2.0	INSCRIÇÃO: 45.349.461/0008-89
TOMADOR/OBRA:		FAP: 0.50 RAT AJUSTADO: 1.00
LOGRADOURO: AVENIDA PAULO DE BARROS 326	BAIRRO: CENTRO	CNAE PREPONDERANTE: 8610102
CIDADE: MIRANDOPOLIS UF: SP CEP: 17230-000	TELEFONE: 0011 3905 6104	CNAE: 8610102
VALOR DEV PREV SOC CALCULADO SEFIP:	3.225.92	CONTRIB SEGURADOS - DEVIDA: 6.483.33
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	13º SALÁRIO MATERNIDADE: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 15 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PJ: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 20 ANOS:	0.00	COM PRODUÇÃO PF: 0.00
VALORES PAGOS COOP TRABALHO - ADIC. 25 ANOS:	0.00	VALOR DAS FATURAS EMITIDAS PARA O TOMADOR: 0.00
COMPENSAÇÃO		
PERÍODO INICIAL:	PERÍODO FINAL:	VALOR SOLICITADO: 0.00
VALOR ABATIDO:	0.00 VALOR A COMPENSAR:	0.00 VALOR EXCEDENTE AO LIMITE DOS 30%: 0.00
RETENÇÃO (LEI 9.711/98)		
VALOR INFORMADO:	0.00 VALOR ABATIDO PELO SEFIP:	0.00 VALOR A COMPENSAR/RESTITUIR: 0.00
BASE DE CÁLCULO APOSENTADORIA ESPECIAL/OCORRÊNCIA		
15 ANOS: 0.00	20 ANOS: 4.620.04	25 ANOS: 0.00
QUANTIDADE: 0	QUANTIDADE: 1	QUANTIDADE: 0

QUANTIDADE DE MOVIMENTAÇÕES / CÓDIGOS

H :	0 I1:	0 I2:	0 I3:	0 I4:	0 J :	0 K :	0 L :	0 M :	0 N1:	0
N2:	0 N3:	0 O1:	0 O2:	0 O3:	0 P1:	1 P2:	3 P3:	9 Q1:	1 Q2:	0
Q3:	0 Q4:	0 Q5:	0 Q6:	0 Q7:	0 R :	0 S2:	0 S3:	0 U1:	0 U2:	0
U3:	0 V3:	0 W :	0 X :	0 Y :	0 Z1:	0 Z2:	0 Z3:	0 Z4:	0 Z5:	10

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

04/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:55:29
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	04/09/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	355.226,00

***** TRANSFERIDO PARA:

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

NR. DOCUMENTO 556.790.000.000.211

=====

NR.AUTENTICACAO	F.49F.0B2.3ED.88A.951
-----------------	-----------------------

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615227010883347900001526110783750000256875

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 90.801

NOSSO NUMERO 6152701088

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 11/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75

VALOR COBRADO 2.568,75

NR.AUTENTICACAO B.EE1.04C.097.B11.95E

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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. 000246251 SÉRIE 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

 Samtronic Industria e Comercio Ltda Rua Venda da Esperanca, 162 Socorro Cep:04763-040 Sao Paulo/SP Fone: 551122447751	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1-SAÍDA N. 000246251 SÉRIE 1 FOLHA 01/01	 CHAVE DE ACESSO DA NF-E 3520 0858 4266 2800 0133 5500 1000 2462 5111 0018 8594 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 135200689978445 12/08/2020 11:32:02-03:00
INSCRIÇÃO ESTADUAL 112068380115	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ 58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DE EMISSÃO 12/08/2020
NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO BENEFICENTE DO BRASIL		BAIRRO/DISTRITO CENTRO	CEP 16400-400
ENDEREÇO AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX 1435325198	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA ENTRADA/SAÍDA
FATURA			
001	002		
11/09/2020	11/10/2020		
2.568,75	2.568,75		

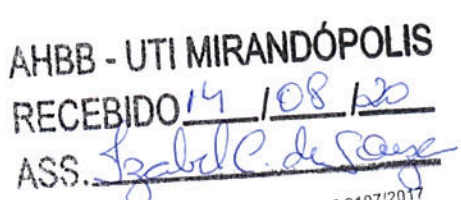
CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		5.137,50	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS		VALOR DO IPI	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
								VALOR TOTAL DA NOTA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

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0-EMITENTE		CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 48.740.351/4082-20
RAZÃO SOCIAL BRASPRESS TRANSPORTE URGENTE		MUNICÍPIO BARUERI		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 206233560117		
ENDEREÇO RUA JUSSARA							
QUANTIDADE 6	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 14,580	PESO LÍQUIDO 12,750		

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(F): JUL2090233611821B - Val idade: 31/07/2023	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): JUL2090031502030B - Val idade: 31/07/2023	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): JUL2090523620900B - Val idade: 31/07/2023	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

CÁLCULO DO ISSQN		VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS		BASE DE CÁLCULO DO ISSQN		VALOR DO ISSQN	
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 94911827							

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Protocolo: 135200689978445 ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDÓPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA : UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME item 54 do Convenio ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008 LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereco de entrega: . . . - *** Pedido de Venda: 457833 *** Cotacao Numero: G6171 Valor Aproximado dos Tributos: R\$ 1104,38 (21,50%). Fonte: IBPT.	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
--	---

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

0019061555584413359900002034312183740000014559
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	90.802
NOSSO NUMERO	6155558441
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	10/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	145,59
VALOR COBRADO	145,59

=====

NR.AUTENTICACAO 2.3C2.FAD.395.AAE.0B5

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 86432
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0804 0278 9400 0750 5500 1000 0864 3210 0139 5058

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
135200687656883 11/08/2020 20:50:46

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
11/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
11/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
20:48

FATURA / DUPLICATA

001 10/09/2020 145,59

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
145,59	17,47	0,00	0,00	145,59
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				145,59

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			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 1,00	PESO LÍQUIDO 1,00

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: 2016535, Qtde: 3, Dt Val: 30/04/ 2023 ,Data Fab: 01/04/2020)	30049045	000	5102	CX	3	48,5300	145,59	145,59	17,47		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO

L UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS (18) 99143-9531

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

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

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 17,47, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 17,47

Pedido: 97909

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 12/08/20

ASS. *Isabel C. de Souza*

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UG: 090136 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria - de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

0019061555587583359600002034312583740000103550

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	90.803
NOSSO NUMERO	6155558758
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	10/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.035,50
VALOR COBRADO	1.035,50

=====

NR.AUTENTICACAO 0.CC7.672.59F.B53.882

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1115769
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0804 0278 9400 0326 5500 1001 1157 6910 0044 2663

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203332767215 11/08/2020 19:18:28

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

11/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSÉ ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

11/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

19:17

FATURA / DUPLICATA

001 10/09/2020 1.035,50

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.035,50	41,42	0,00	0,00	1.035,50
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				1.035,50

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 AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO	UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 4,00	PESO LÍQUIDO 4,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0420062A, Qtde: 5, Dt Val: 30/04/20-22 ,Data Fab: 01/05/2020)	30041019	200	6108	CX	5	207,1000	1.035,50	1.035,50	41,42		4,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS (18) 99143-9531

ITEM 1 Resolucao Senado Federal n 13/2012 e Convenio ICMS 38/2013

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

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

ITEM 1

ITEM 1

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 82,84

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 41,42, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 41,42

Pedido: 1193641

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

ANBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 12/08/20

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO CITIBANK S.A.

74593180151154701700100724025713283740000082288

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	90.804
DATA DE VENCIMENTO	10/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	822,88
VALOR COBRADO	822,88

NR.AUTENTICACAO 6.D7E.768.7F8.A11.4BF

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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 1212730	Número da nota 1252998
Data da emissão da nota 16/08/2020 05:46:44	
Data do fato gerador 14/08/2020 12:22:44	
Código de verificação LDR8-JCBAZ	

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.: 8/2020.	822,88	1	822,88	822,88 x	2,00 =	16,46

VENCIMENTOS: (10/09/2020 - 822,88) 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\$ 822,88			VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 822,88	

Código do serviço:
0103 / Processamento de dados e congêneres.

Valor das Deduções(R\$) 0,00	Base de Cálculo(R\$) 822,88	Alíquota(%) 2,00	Valor ISS(R\$) 16,46
--	---------------------------------------	----------------------------	--------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES

Convênio nº 0103/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandão - Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615554444073359800002034312183730000014370

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 90.805

NOSSE NUMERO 6155444407

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 09/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 143,70

VALOR COBRADO 143,70

=====

NR.AUTENTICACAO 0.433.B32.F62.B7C.30A

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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 86083
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0804 0278 9400 0750 5500 1000 0860 8310 0138 7630

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
135200683112292 10/08/2020 22:07:35

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
10/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA
10/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
22:02

FATURA / DUPLICATA

001 09/09/2020 143,70

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
143,70	17,24	0,00	0,00	143,70
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
				143,70

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			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				1,00	1,00

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: 2016535, Qtde: 3, Dt Val: 30/04/ 2023 ,Data Fab: 01/04/2020)	30049045	000	5102	CX	3	47,9000	143,70	143,70	17,24		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 MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS (18) 99143-9531

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

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

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 17,24, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 17,24

Pedido: 97447

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 11 / 08 / 2020
ASS. _____

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Gonçalo Brandi Faria de Mirandópolis
Assessor: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615551598763359900002034312983690000028200

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	90.806
NOSSO NUMERO	6155159876
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	05/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	282,00
VALOR COBRADO	282,00

NR.AUTENTICACAO 5.09F.372.0DA.C39.B9D

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1114788
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0804 0278 9400 0326 5500 1001 1147 8810 0033 8921

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203319711659 06/08/2020 16:39:19

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

06/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

06/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

16:31

FATURA / DUPLICATA

001 05/09/2020 282,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	234,99	VALOR DO ICMS	28,20	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	282,00
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	282,00

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 2,00	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
35966	HIDROCORTISONA 100MG C/50F/A GEN - BLAU (Lote: 20060474, Qtde: 2, Dt Val: 31/05/2-022 ,Data Fab: 01/05/2020)	30043210	020	6108	CX	2	141,0000	282,00	234,99	28,20		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
FAVOR INCLUIR NA NOTA FISCAL UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS (18)
99143-9531

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

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

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

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 28,20, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 28,20

Pedido: 1192066

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 07/08/2020

ASS. Ledera

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL
=====

00190615551601743359600002034312883690000078487
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	90.807
NOSSO NUMERO	6155160174
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	05/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	784,87
VALOR COBRADO	784,87

=====

NR.AUTENTICACAO 5.183.4A0.4DA.21E.86C

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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 85162
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0804 0278 9400 0750 5500 1000 0851 6210 0110 8588

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

135200671527136 06/08/2020 19:58:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
06/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
06/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
19:55

FATURA / DUPLICATA

001 05/09/2020 784,87

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	784,87	VALOR DO ICMS	141,28	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	784,87
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	784,87

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 3	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO 15,00	PESO LÍQUIDO 15,00

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
12883	ATADURA CREPE 13F 15CMX 1,80M C/12 EU-ROPA - POLARFIX (Lote: 41732, Qtde: 3, Dt Val: 14/07/2025 ,Data Fab: 14/07/20-20)	30059090	000	5102	DZ	3	6,5000	19,50	19,50	3,51		18,00	
35335	COMP.GAZE 7,5X7,5 EST.13F CX 400/10 - NOBRE (Lote: 0420, Qtde: 1, Dt Val: 30/04/2023 ,Data Fab: 01/04/20-20)	30059090	000	5102	CX	1	154,6000	154,60	154,60	27,83		18,00	
47383	EQUIPO P/NUTRICAO ENTERAL SLIP C/200 - MEDSONDAREF. 10312401 (Lote: 55464, Qtde: 1, Dt Val: 31/07/2024 ,Data Fab: 01/07/2020)	90183999	000	5102	CX	1	190,3700	190,37	190,37	34,27		18,00	
2314	NITROP 50MG 5/2ML - HYPOFARMA (Lote: 20060932, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/2020)	30039099	000	5102	CX	2	95,0000	190,00	190,00	34,20		18,00	
36196	BETACRIS 5MG INJ 10/5ML - CRISTALIA (Lote: 20020416, Qtde: 1, Dt Val: 28/0-2/2022 ,Data Fab: 01/02/2020)	30049039	000	5102	CX	1	230,4000	230,40	230,40	41,47		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
FAVOR INCLUIR NA NOTA FISCAL UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS (18)
99143-9531
ITEM 1 e 2
ITEM 3 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III
ITEM 4 e 5 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 154,48, Federal, R\$ 13,20, Estadual, R\$ 141,28
Pedido: 95694
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 07/08/2020
ASS. *[Assinatura]*

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.02
6790306790 SEGUNDA VIA 0001
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 077 - BANCO INTER S.A.
AGENCIA: 0001-9 - MATRIZ
CONTA: 5.493.384-6

FAVORECIDO: KATAOKA SERVICOS DE FISIOTERAPIA LT
CPF/CNPJ: 33.433.450/0001-27
VALOR: R\$ 28.000,00
DEBITO EM: 08/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090808
AUTENTICACAO SISBB: 6.7FE.26F.61E.249.5F8

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



Prefeitura do Município de Jahu

Prefeitura do Município de Jahu

Nota Fiscal Eletrônica de Serviços - NF-e

Número da Nota/Série
23/NFEData e Hora de Emissão
01/09/2020 08:58:10Código de Verificação
B5A68BAF6EABF84E2146

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 AGOSTO/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	3,21	898,80	0,00

Total Tributos: 898,80. Percentual: 3,21%

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.

Dados que identificam a nota

Número da Nota
23/NFEEmissão
01/09/2020 08:58:10Código de verificação
B5A68BAF6EABF84E2146

Data

Identificação do Recebedor

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

08/09/

24

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.02
6790306790 SEGUNDA VIA 0004

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

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

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 3095-3 - SP VILA ROMANA
CONTA: 45-5

FAVORECIDO: BIOMEDICAL EQUIPAMENTOS E PROD MEDI
CPF/CNPJ: 51.943.645/0001-07
VALOR: R\$ 680,00
DEBITO EM: 08/09/2020

=====

DOCUMENTO: 090809
AUTENTICACAO SISBB: C.5F4.D14.221.E11.FE2

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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: 000.124.380 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 000.124.380 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 0851 9436 4500 0107 5500 1000 1243 8010 0464 0324 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 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 06/08/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 06/08/2020
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 15:06:01

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	07/09/2020	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 110,16	VALOR TOTAL DA NOTA 680,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.	FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO		
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,980	PESO LÍQUIDO 0,700

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
C7D20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 35868 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. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 85215163	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 99267 - P. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20%) Estadual: R\$ 81,60 (12,00%) Font e: IBPT. ISENTA DO ICMS CONFORME ARTIGO OITAVO DO RICMS/00 ANEXO I A RTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017	RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 10/18/20 ASS. [Assinatura]
--	--

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-0

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094815946701040983720000160896

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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	90.810
DATA DE VENCIMENTO	08/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.608,96
VALOR COBRADO	1.608,96

=====

NR.AUTENTICACAO D.9D7.CEF.5F7.789.E2F

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

Nº 107485
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1074 8510 0039 3898

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

135200687220325 11/08/2020 18:09:00

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

11/08/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DE ENTRADA EM USO

11/08/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 08/09/2020 1.608,96

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

1.608,96

VALOR DO ICMS

251,03

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

1.608,96

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO IPI

VALOR TOTAL DA NOTA

1.608,96

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28639	HEPARINOX SD 40MG 10 SERINGAS IV/SC-CRIS LT A12606C (5) 05/2021 (Fornecedor: 727, Lote: A12606C, Qtde: 5, Data Fab: 24/06/2- 019, Data Val: 31/05/2021)	30049099	500	5102	CX	5	184,0000	920,00	920,00	165,60		18,00	
5478	CEFTRIAXONA 1G IV/IM 50FAM GEN-EUROFARM LT 686010A (1) 07/2022 (Fornecedor: 1088, Lo- te: 686010A, Qtde: 1, Data Fab: 10/07/202- 0, Data Val: 01/07/2022)	30042059	000	5102	CX	1	643,0000	643,00	643,00	77,16		12,00	
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	15,3200	45,96	45,96	8,27		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V111UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 107/2017

Pedido: 107917

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

MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL

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

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 14 / 8 / 20
ASS. *Sehl C. de Souza*

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

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094820212501041183730001265365

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 90.811

DATA DE VENCIMENTO 09/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 12.653,65

VALOR COBRADO 12.653,65

=====

NR.AUTENTICACAO 1.724.6EF.4EC.EF9.D83

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA

Nº 105537
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO
3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1055 3710 0028 7779

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
135200666853871 05/08/2020 18:50:16

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
05/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
05 AGO 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 09/09/2020 12.653,65

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
12.552,45	2.218,87	0,00	0,00	12.653,65
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESKOTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				12.653,65

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA
0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
18	CAIXA			93,93	93,93

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
24435	AG.DESC.25 X 07 C/100-SR LT 433N4 (2) 01/-2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 433N4, Qtde: 2 ,Data Fab: 28/01/2020, Data Val: 31/01/-2025)	90183219	400	5102	CX	2	7,0200	14,04	14,04	1,68		12,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 2645N4 (15) 06/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 2645N4, Qtde: 15 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90183219	400	5102	CX	15	7,2800	109,20	109,20	13,10		12,00	
28918	LAMINA DE BIST.N.15 CARB.C/100-BIOMASS LT SKM20190501 (1) 04/2024 (Fornecedor: 2686, Lote: SKM20190501, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/-05/2019, Data Val: 30/04/2024)	90189029	200	5102	CX	1	26,0000	26,00	26,00	4,68		18,00	
11612	SERINGA DESC.03ML SLIP C/100-DESCARPACK LT SSSLAA417A (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SSSLAA417A, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/0-8/2019, Data Val: 31/07/2024)	90183119	200	5102	CX	1	15,0000	15,00	15,00	1,80		12,00	
28212	FILME TRANSP S/COMPR.06X07 PC - VITAMED I LT 20191108 (100) 11/2022 (Fornecedor: 23-00, Lote: 20191108, Qtde: 100 ,Data Fab: 22/11/2019, Data Val: 21/11/2022)	30051090	200	5102	CX	100	81,0000	8.100,00	8.100,00	1.458,00		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R2V5R8V13|UTI MIRANDOPOLIS PEDIDO 4245

ITEM 10 Isento ICMS conf. Convenio 126 de 24/09/2010

ITEM 20 Imposto Recolhido por Substituição Tributária

ITEM 20 ICMS-ST retido por operação anterior base: 62,64 valor: 6,40

Pedido: 105868

End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 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: 0,48

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 06/08/2020
ASS.

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

**MERCADORIA AVARIADAS E/OU
ALTAS 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
1-SAIDA 1

Nº 105537
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO
3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1055 3710 0028 7779

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
13520066853871 05/08/2020 18:50:16

CNPJ
11.206.099/0004-41

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
23203	FITA ADESIVA HOSP.19X50 C/48 RL-EUROCEL LT 261119-C05 (1) 11/2022 (Fornecedor: 17506, Lote: 261119-C05, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/1-1/2019, Data Val: 03/11/2022)	48114110	800	5102	CX	1	105,6000	105,60	105,60	19,01		18,00	
21431	NYLON PRETO 3/0 45CM 3/8 CIRCULO TRIANGULAR 20MM C/24-PROCA LT 41619101 (1) 10/20-24 (Fornecedor: 2080, Lote: 41619101, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/10/2024)	30061090	200	5102	CX	1	26,8000	26,80	26,80	4,82		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 38119S06AAAA (14) 08/2021 (Fornecedor: 20-80, Lote: 38119S06AAAA, Qtde: 14 ,Data Fab: 01/09/2019, Data Val: 30/08/2021)	90181100	200	5102	PCT	14	15,5000	217,00	217,00	39,06		18,00	
24190	FITA MICROPORE 50MMX10MT C/24-CIEX LT FP0-09/20-HC (1) 01/2022 (Fornecedor: 2453, Lote: FP009/20-HC, Qtde: 1 ,Data Fab: 10/-01/2020, Data Val: 14/01/2022)	30051090	500	5102	CX	1	70,9300	70,93	70,93	12,77		18,00	
22010	FRASCO P/ DREN.TORAX C/EXT 2000ML-BIOTEC LT 20/A01341 (2) 04/2022 (Fornecedor: 771-0, Lote: 20/A01341, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2022)	90183929	040	5102	UND	2	19,0000	38,00					
28748	AV.DESC.ML 20GR BR C/PUNHO C/10-BOMPACK LT ETMW030 (50) 12/2023 (Fornecedor: 1837, Lote: ETMW030, Qtde: 50 ,Data Fab: 01/12/-2018, Data Val: 30/12/2023)	62101000	200	5102	PCT	50	35,0000	1.750,00	1.750,00	315,00		18,00	
23716	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-TALGE LT TLVMU007 (2) 06/2023 (Fornecedor: 1695, Lote: TLVMU007, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/-2018, Data Val: 30/06/2023)	39262000	200	5102	CX	2	353,2000	706,40	706,40	127,15		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H240 (4) 04/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H240, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183119	200	5102	CX	4	62,5000	250,00	250,00	30,00		12,00	
28583	FILTRO BACT. VIRAL C/ TRAQ. AD C/40 SCAV LT 10159 (1) 06/2023 (Fornecedor: 2426, Lote: 10159, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/202-0, Data Val: 30/06/2023)	90192010	000	5102	CX	1	246,7600	246,76	246,76	44,42		18,00	
23053	C.G.7,5 X 7,5 11F N.ESTERIL-CLEAN LT 2316-03/20 (10) 03/2024 (Fornecedor: 1886, Lote: 231603/20, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/03/-2020, Data Val: 31/03/2024)	58030010	000	5102	PCT	10	7,4000	74,00	74,00	13,32		18,00	
25889	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/10-NUGARD LT 3504440 (1) 05/2024 (Fornecedor: 7976, Lote: 3504440, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2-019, Data Val: 31/05/2024)	40151900	200	5102	CX	1	434,0000	434,00	434,00	78,12		18,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1474/19 (2) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1474/19, Qtde: 2 ,Data Fab: 16/07/2-019, Data Val: 16/07/2024)	90183119	000	5102	CX	2	144,0000	288,00	288,00	34,57		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA0014 (2) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0014, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/-2024)	90189010	200	5102	PCT	2	22,8600	45,72	45,72	8,23		18,00	
13583	CATETER IV 22G C/100 S/-FILTRO-DESCARPACK LT SCTPAA021N (1) 09/20-24 (Fornecedor: 918, Lote: SCTPAA021N, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/10/2019, Data Val: 30/09/2024)	90183929	200	5102	CX	1	73,0000	73,00	73,00	13,14		18,00	
29014	INDAHEX ENXAG BUCAL 0,12% 250ML-INDALAB LT 271.05/20 (8) 05/2022 (Fornecedor: 1986, Lote: 271.05/20, Qtde: 8 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	33069000	060	5405	UND	8	7,9000	63,20					

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0008

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000094820215001049583730000189349

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 90.812

DATA DE VENCIMENTO 09/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.893,49

VALOR COBRADO 1.893,49

=====

NR.AUTENTICACAO 2.AA7.289.6F7.5B1.DFC

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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**

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 459139
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4591 3910 0088 7690

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

131203772997903 05/08/2020 16:38:21

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

05/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
05/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX

1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 09/09/2020 1.893,49

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
1.893,49	106,81	0,00	0,00	1.893,49
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				1.893,49

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

ESPECIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

1,88

1,88

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
14587	ENOXAPARINA (ENOXALOW) 80MG 10 SE-RINGAS-BLAUSIEGEL LT 19050887 (2)04/21 (Fornecedor: 47, Lote: 19050887, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/20-21)	30049099	300	6108	CX	2	319,3600	638,72	638,72	25,55		4,00	
12208	PREDI-MEDROL 40MG/ML 1FAM 2ML-U.QUIMICA LT 2006809 (25)02/22 (Fornecedor: 1390, Lote: 2006809, Qtde: 25 ,Data Fab: 24/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30043290	500	6108	FAM	25	13,9200	348,00	348,00	41,76		12,00	
9984	TOPCOID GEL 5MG/G 40G-U.QUIMICA LT 2007997 (2)03/23 (Fornecedor: 1390, Lote: 2007997, Qtde: 2 ,Data Fab: 11/03/2020, Data Val: 31/03/2023)	30049099	000	6108	TB	2	10,0600	20,12	20,12	2,41		12,00	
27624	AMIODARONA 200MG 30CP GEN-MEDLEY LT ARA00-774 (1)01/23 (Fornecedor: 1432, Lote: ARA-00774, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/2023)	30049054	000	6108	CX	1	20,2500	20,25	20,25	2,43		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

R 42 8URI MIRANDOPOLIS

ITENS 1,5 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal, Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 234,03

Pedido: 427304

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

MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL

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

RICMS/MG

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 05/08/2020

ASS.

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

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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 459139
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4591 3910 0088 7690

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

131203772997903 05/08/2020 16:38:21

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

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
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU LT 19051287 (1)03/21 19060660 (3) 03/21 19031040 (1)02/21 (Fornecedor: 47, Lote: 19031040, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/02/2019, Data Val: 28/02/2021 / Fornecedor: 47, Lo- te: 19051287, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/03/20- 19, Data Val: 31/03/2021 / Fornecedor: 47, Lote: 19060660, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/03/- 2019, Data Val: 31/03/2021)	30049099	300	6108	CX	5	173.2800	866.40	866,40	34,66		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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000094820211701048883730000150564

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 90.813

DATA DE VENCIMENTO 09/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.505,64

VALOR COBRADO 1.505,64

=====

NR.AUTENTICACAO 0.81C.73D.8E7.2C9.06C

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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:0000-0000-0000DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA **1**Nº 105521
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1055 2110 0076 4771

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.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200666775993 05/08/2020 18:23:24

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTENOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)CNPJ/CPF
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
05/08/2020ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
05 AGO 2020MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 09/09/2020 1.505,64

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.505,64	209,37	0,00	0,00	1.505,64
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
				1.505,64

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

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
01125797000701ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200MUNICÍPIO
SAO PAULOUF
SPINSCRIÇÃO ESTADUAL
149529966118

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7	CAIXA			18,95	18,95

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28692	LACTULIFE XPE AMEIXA 120ML-NATULAB LT 200-3052 (5) 03/2022 (Fornecedor: 2665, Lote: 2003052, Qtde: 5, Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 31/03/2022)	21069030	000	5102	FR	5	5,3900	26,95	26,95	4,85		18,00	
23293	DIPIRONA(SANTIDOR) 1G 10-OAMP 2ML IM/IV-SANTISA LT 11511320 (1) 05/2022 (Fornecedor: 931, Lote: 11511320, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 01/05/2022)	30039099	000	5102	CX	1	58,2900	58,29	58,29	10,49		18,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 1922847 (10) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lote: 1922847, Qtde: 10, Data Fab: 28/11/-2019, Data Val: 28/11/2021)	30049099	000	5102	TB	10	5,5300	55,30	55,30	6,64		12,00	
9089	LIDOCAINA 2% S/V 100AMP 5ML GEN-HIPOLABOR LT L-007/19 (1) 06/2021 (Fornecedor: 1898, Lote: L-007/19, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/-2019, Data Val: 30/06/2021)	30039053	000	5102	CX	1	75,1600	75,16	75,16	9,02		12,00	
28705	FUROSEFARMA 20MG 100AMP 2ML-FARMACE LT FS20B016 (1) 02/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: FS20B016, Qtde: 1, Data Fab: 16/02/-2020, Data Val: 16/02/2022)	30039086	000	5102	CX	1	71,7000	71,70	71,70	12,91		18,00	

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R1V1R2V1R7V5||UTI MIRANDOPOLIS

Pedido: 105913

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

MIRANDOPOLIS-SP - Horário: COMERCIAL

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

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota..... 3 Cubagem: 0,04

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS**RECEBIDO** 06 / 08 / 2020**ASS.****MERCADORIA AVARIADAS E/OU
FALTAS SÓ SERÃO REPOSTAS SE
FOREM RELACIONADAS NO
CONHECIMENTO DE TRANSPORTE.**Convênio nº 0167/2017
Termo Aditivo nº 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, GP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 105521
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1055 2110 0076 4771

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

135200666775993 05/08/2020 18:23:24

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
8532	AGUA P.INJECAO 200AMP 10ML PL-SAMTEC LT HHR (5) 06/2022 (Fornecedor: 15842, Lote: HHR, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049099	000	5102	CX	5	62,6340	313,17	313,17	56,37		18,00	
24930	SINVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20044-11 (1) 02/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2004411, Qtde: 1 ,Data Fab: 27/02/2020, Data Val: 27/02/2022)	30039069	000	5102	CX	1	4,8200	4,82	4,82	0,58		12,00	
17752	ISOSSORBIDA MONO. 20MG 30CP GEN-ZYDUS NIKKHO LT M901893 (2) 12/2020 (Fornecedor: 7932, Lote: M901893, Qtde: 2 ,Data Fab: 13/01/2019, Data Val: 31/12/2020)	30049059	200	5102	CX	2	3,2150	6,43	6,43	1,16		18,00	
12041	MIDAZOLAM(B1) 5MG/ML 100AMP 3ML GEN-HIPO-LABOR (PORT.344/98) LT AP-237/20 (1) 06/2-022 (Fornecedor: 1898, Lote: AP-237/20, Qtde: 1 ,Data Fab: 12/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049099	000	5102	CX	1	892,1400	892,14	892,14	107,05		12,00	
21615	BISACODIL(DUCODIL) 5MG 20CPR-CIMED LT 191-8909 (1) 09/2021 (Fornecedor: 1666, Lote: 1918909, Qtde: 1 ,Data Fab: 18/09/2019, Data Val: 18/09/2021)	30039079	000	5102	CX	1	1,6800	1,68	1,68	0,30		18,00	

Convenio nº 04/07/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
"Dr. Oswaldo Brandi Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615552555733347000001526110183750000256875

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 90.814
NOSSO NUMERO 6155255573
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 11/09/2020
DATA DO PAGAMENTO 08/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO 2.568,75
VALOR COBRADO 2.568,75
=====

NR.AUTENTICACAO 5.C0D.42D.66B.A6B.2FD
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e

N. 000246251

SÉRIE 1



Samtronic Industria e Comercio Ltda

Rua Venda da Esperanca, 162
Socorro Cep:04763-040
Sao Paulo/SP
Fone: 551122447751

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAÍDAN. 000246251
SÉRIE 1
FOLHA 01/01

CHAVE DE ACESSO DA NF-E

3520 0858 4266 2800 0133 5500 1000 2462 5111 0018 8594

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

135200689978445 12/08/2020 11:32:02-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL
112068380115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ

58.426.628/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO

AV. JOSE ARIANO RODRIGUES, 303, SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP

16400-400

MUNICÍPIO

FONE/FAX

UF

FATURA

001

11.09.2020

2.568,75

002

11/10/2020

2.568,75

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO

12/08/2020

DATA ENTRADA/SAÍDA

HORA ENTRADA/SAÍDA

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

BRASPRESS TRANSPORTE URGENTE

FRETE POR CONTA
0-EMITENTE

CÓDIGO ANTI

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF
47.740.351-0082-20

ENDEREÇO

RUA JUSSARA

MUNICÍPIO
BARUERI

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

206233560117

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

B.C.ICMS

V.ICMS

V.IPI

A.ICMS

A.IPI

EE902300

EQUIPO GIRASET EG 0421 0000 ESTERILIZADO

(CX 5000)

Lote (B): JUL2090233611821B

Idade: 31/07/2023

- Val

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 5000)

Lote (B): JUL209003150203CB

Idade: 31/07/2023

- Val

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 5000)

Lote (B): JUL2090523620900B

Idade: 31/07/2023

- Val

90189099

040

5101

UN

100,0000

16,96000000

1.696,00

0,00

0,00

0,00

0,00%

0,00%

ATENÇÃO

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DA ENTREGA
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: 135200689978445

ENTREGAR: DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585, MIRANDÓPOLIS/SP ADICIONAIS DA NOTA - UTI
MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017 ALIQUOTA DO IPI REDUZIDO A 0 CONFORME
DECRETO N 8950 DE 2016 MATERIAL HOSPITALAR CONJUNTO DESCARTAVEL DE CIRCULACAO
ASSISTIDA EQUIPO E EXTENSORES ISENCAO DE ICMS CONFORME Item 54 do Convenio
ICMS 01 99 PRORROGADO PELO CONVENIO 133/2019 ATE 31 10 2020 INCISO XLVII
CLAUSULA SEGUNDA ALIQUOTA ZERO DE PIS E COFINS DE ACORDO COM DECRETO 6426/2008
LEI 10864 2004 ARTIGO 28 INCISO XXXV Endereço de entrega: ... *** Pedido de
Venda: 457833 *** Cotação Numero: G6171 Valor Aproximado dos Tributos: R\$
1104 38 (21,50%). Fonte: IBPT.

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 14/10/2020

ASS. Izabel C. de Souza

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Folha Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGF - 090100 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:02
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

ITAU UNIBANCO S.A.

34191090080713158271512711770003283760000275426

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 91.401

DATA DE VENCIMENTO 12/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.754,26

VALOR COBRADO 2.754,26

NR.AUTENTICACAO 1.B38.61E.D76.2CD.E99

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 66.076
SÉRIE: 0
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3520.0714.3355.4400.0119.5500.0000.0660.7610.1180.5616

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

135200639654122 - 29/07/2020 14:03:12

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

795.194.063.113

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTARIO

CNPJ

14.335.544/0001-19

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ

45.349.461/0001-02

DATA EMISSÃO

29/07/2020

ENDEREÇO

AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES, 620 SL 03

BAIRRO/DISTRITO

CENTRO

CEP

16370-000

DATA DA SAÍDA

29/07/2020

MUNICÍPIO

Lins

FONE / FAX

(014)3541-1544

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

14:03:07

FATURA/DUPLICATAS

66076/1 - 12/09/20 - 2754,26

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

2.754,26

VALOR DO ICMS

330,51

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

2.754,26

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

2.754,26

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

1-DESTINATÁRIO

0

CÓDIGO ANNT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

21

ESPÉCIE

CAIXAS

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

270,0000

PESO LÍQUIDO

270,0000

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 PR308H6 - 31/10/2021 Qtde: 7.00 Número da FCI: B603C4DE-D20F-4DA6-A9AC-AFDFC9452D2A	500 5102	CX	7,0000	148,6800	0,0000 0,0000%	1.040,76	1.040,76	124,89 0,00	0,00	12,00	0,00
675 30049099	FISIOLÓGICO 0,9% 250ML AZB1322C CX50BOLS BAXTER Lote PR308W5 - 12/05/2022 Qtde: 2.00 Número da FCI: D5653472-98CB-446A-822A-53B11B48BC24	500 5102	CX	2,0000	106,5000	0,0000 0,0000%	213,00	213,00	25,56 0,00	0,00	12,00	0,00
2349 30049099	GLICOSE 5% 100ML AZB0087CX84BOLS BAXTER Lote PR310S4 - 12/12/2021 Qtde: 5.00 Número da FCI: EE3C201D-3BC4-40EC-AA17-7397A63E31A7	500 5102	CX	5,0000	163,8000	0,0000 0,0000%	819,00	819,00	98,28 0,00	0,00	12,00	0,00
958 30049099	GLICOSE 5% 250ML AZB0062C CX50BOLS BAXTER Lote PR310S5 - 12/12/2021 Qtde: 5.00 Número da FCI: F667B73C-B1DD-4EF5-960B-3BB869AAC0B4	500 5102	CX	5,0000	107,5000	0,0000 0,0000%	537,50	537,50	64,50 0,00	0,00	12,00	0,00
1094 30049099	RINGER LACTATO 500ML AZB2323 CX30BOLS BAXTER Lote PR308H1 - 30/10/2021 Qtde: 2.00 Número da FCI: AA5692F7-D4D6-40A4-B51D-E357868BA856	500 5102	CX	2,0000	72,0000	0,0000 0,0000%	144,00	144,00	17,28 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 - Entregar: Dr. Raul da Cunha Bueno 585. Mirandópolis /
"REGIME ESPECIAL 136/2012 - DISTRIBUIDORA HOSPITALAR PROCESSO- UA
31820-378893/2012" /

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 31/07/2020

ASS. _____

RESERVADO AO FISCO

BOLETO ANEXO

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399676146580000000500038401014283790000950000

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	91.402
DATA DE VENCIMENTO	15/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	9.500,00
VALOR COBRADO	9.500,00

=====

NR.AUTENTICACAO 6.69B.38E.2F3.239.687

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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.

mirandopolis

 Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto - SP Secretaria Municipal da Fazenda Fone: (16) - https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/		 Nota Fiscal Eletrônica		Série do Documento Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - NFS-e	
Ecq Servicos Tecnicos Medicos Hospitalares Ltda Ecq Avenida Portugal, 1740 - CONJ. A - Santa Cruz do José Jacques CEP 14020-733 - Fone 16997252285 - Ribeirão Preto - SP fercdalpicolo@gmail.com Inscrição Municipal 20004074 - CPF/CNPJ 14.352.079/0001-24					
Identificação da Nota Fiscal Eletrônica					
Natureza da Operação Tributação no município		Data de Emissão da NFS-e 02/09/2020 08:53:43		Código de Verificação de Autenticidade CF E4 70	
Número do RPS		Serie do RPS		Data de Emissão do RPS	
				Número da Nota Fiscal 6	
Consulte a autenticidade deste documento acessando o site: https://www.issnetonline.com.br/ribeiraopreto/online					
Dados do Tomador de Serviços					
CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02/		Inscrição Municipal		Razão Social Associação Hospitalar Beneficiente do Brasil /	
Endereço Rua Sete de Setembro		Número 529		Complemento	
CEP 16210-000		Cidade / UF Bilac / SP		Bairro Centro	
		Telefone (98)3532-5198		e-mail	
Local dos Serviços					
Ribeirão Preto - São Paulo					
Descrição 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.					
Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza-ISSQN					
Atividade do Município 140115 - Conserto, Restauracao de Aparelhos Odontologicos,...		Alíquota 2,79		Item da LC116/2003 3101	
Cód. Nacional Atividade Econômica 3312103					
Valor Total dos Serviços R\$ 9.500,00		Desconto Incondicionado R\$ 0,00		Deduções Base Cálculo R\$ 0,00	
Base de Cálculo R\$ 9.500,00		Total do ISSQN R\$ 265,05		ISSQN Retido Não	
Desconto Condicionado R\$ 0,00					
Retenções de Impostos					
PIS R\$ 0,00		COFINS R\$ 0,00		INSS R\$ 0,00	
IRRF R\$ 0,00		CSLL R\$ 0,00		Outras Retenções R\$ 0,00	
ISSQN R\$ 0,00					
Valor Líquido da Nota Fiscal				R\$ 9.500,00	
Informações Complementares					
I - "DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL"; e II - "NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI.".					

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399154567950000000913774001013183790000007000

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	91.403
DATA DE VENCIMENTO	15/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	70,00
VALOR COBRADO	70,00

=====

NR.AUTENTICACAO 0.DCD.669.E9D.432.263

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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, ELÉVADORES 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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790110069000000507565007252805483790000295250

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	91.404
DATA DE VENCIMENTO	15/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.952,50
VALOR COBRADO	2.952,50

=====

NR.AUTENTICACAO B.1BD.17C.EE4.B60.0C3

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA

Secretaria Municipal da Fazenda

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número da Nota
50765

Data de Emissão
25/08/2020

Data e Hora da
Competência
25/08/2020 às 15:30:27

Código de Verificação
0000-0005-8950

PRESTADOR DE SERVIÇOS



CNPJ 51.100.840/0001-67

Cód. Mobiliário 1069

Insc. Mun. 1069

Autenticação

Nome LABORATORIO SAO PAULO ANALISES CLINICAS LTDA

Logradouro RUA-TIRADENTES

Número 1086

Bairro VILA MENDONÇA

CEP 16015-020

Município ARAÇATUBA

UF SP



Situação

Não Optante do Simples Nacional

Telefones

(18)3623-2649 ; (18)3117-7010

E-Mail's

nfe@laboratoriosapaulo.com.br ; fernando@escritorionacional.com.br ; legalizacao@escritorionacional.com.br

TOMADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ

45.349.461/0001-02

IE ISENTO

Inscrição Mun.

Cód. Mobiliário 0

Nome

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

E-mail

acpinotti@gmail.com;

Telefone

Inf. Comp.

Logradouro

RUA-AVENIDA JOSE ARIANO RODRIGUES

Número 303

Bairro

JARDIM ARIANO

CEP 16400-400

Município

LINS

UF SP

Complemento

N.A.

País BRASIL

INFORMAÇÕES DA IMPORTAÇÃO

Data e Hora

25/08/2020 às 15:30:36

Lote 58950

Número do RPS

0000-0005-8950

Sequência 58950

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tributo (IBPT)	Total
2041	PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 08/2020	3.145,9800	1,00	0,00	0,00	3.145,98

Valor Total dos Serviços - R\$3.145,98

INFORMAÇÕES REFERENTES A DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

PRESTACAO DE SERVICOS DE MEDICINA E DIAGNOSE REF. 08/2020

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
20,45	94,38		47,19	31,46		
CIDE (RS)	IOF (RS)	IMI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.145,98

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

Local do Serviço

Normal

Dentro do Município

Aliquota (%)

Base de Cálculo (R\$)

Vlr. Total das Deduções (R\$)

Vlr. Total Retido (R\$)

Vlr. do ISS (R\$)

3,0000

3.145,98

0,00

193,48

94,38

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 2.952,50

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 50765 emitida em 25/08/2020 às 15:30:27 - Cód Verif 0000-0005-8950

Condições de Pagamento: Vencimento: 25/08/2020 Valor Total R\$ 3.145,98 Valor Líquido R\$ 2.952,50

Ass: _____ em _____/_____/_____,

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

mirandopolis

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.
=====

03399484570130000094845717401041183800000318638

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 91.405

DATA DE VENCIMENTO 16/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 3.186,38

VALOR COBRADO 3.186,38
=====

NR.AUTENTICACAO 9.E0F.F47.406.B97.197
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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 - Laranjeira Azeda - ARUJA, SP,
CEP: 07430350, Fone: 0000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
1-SAIDA 1

Nº 110401
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1104 0110 0021 1449

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

135200717416263 19/08/2020 15:56:03

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

19/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DE ENTRADA SAÍDA
19 AGO. 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/09/2020 3.186,38

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
3.186,38	416,38	0,00	0,00	3.186,38
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESKOTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				3.186,38

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDEREÇO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118		
QUANTIDADE 8	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 20,93	PESO LÍQUIDO 20,93

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 (3) 01/2022 (Fornecedor: 58, Lote: BF19006739, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 31/01/20- 22)	30043100	300	5102	FR	3	20,8733	62,62	62,62	11,27		18,00	
28692	LACTULIFE XPE AMEIXA 120ML-NATULAB LT 200- 5039 (5) 05/2022 (Fornecedor: 2665, Lote: 2005039, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	21069030	000	5102	FR	5	5,3900	26,95	26,95	4,85		18,00	
23293	DIPIRONA(SANTIDOR) 1G 10- OAMP 2ML IM/IV-SANTISA LT 11511420 (1) 05/ 2022 (Fornecedor: 931, Lote: 11511420, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 01/05/2022)	30039099	000	5102	CX	1	58,2900	58,29	58,29	10,49		18,00	
28418	NISTATINA+OX.ZINCO POM TB 60G GEN-CIMED LT 1922847 (6) 11/2021 (Fornecedor: 1666, Lo- te: 1922847, Qtde: 6 ,Data Fab: 28/11/201- 9, Data Val: 28/11/2021)	30049099	000	5102	TB	6	5,1933	31,16	31,16	3,74		12,00	
14765	BROMOPRIDA 10MG 50AMP 2ML GEN-NOVAFARMA LT 78NI3398 (1) 09/2021 (Fornecedor: 1901, Lote: 78NI3398, Qtde: 1 ,Data Fab: 02/09/- 2019, Data Val: 02/09/2021)	30049045	000	5102	CX	1	51,0000	51,00	51,00	6,12		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R1V1R2V2R4V4R1n2V1||UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017

Pedido: 110710

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

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

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

Rota....: 3 Cubagem: 0,05

RESERVADO AO FISCO

Convenio 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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 20/08/2020

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
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 110401
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1104 0110 0021 1449

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.

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135200717416263 19/08/2020 15:56:03

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
28705	FUROSEFARMA 20MG 100AMP 2ML-FARMACE LT FS20B016 (1) 02/2022 (Fornecedor: 2385, Lote: FS20B016, Qtde: 1 ,Data Fab: 16/02/- 2020, Data Val: 16/02/2022)	30039086	000	5102	CX	1	71,7000	71,70	71,70	12,91		18,00	
3422	AGUA P/ INJEÇÃO 200AMP 10ML PL-EQUIPLEX LT 2030974 (1) 05/2022 \ LT 2030975 (2) 05/2- 022 \ LT 2030976 (1) 05/2022 (Fornecedor: 104, Lote: 2030974, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/ 05/2020, Data Val: 31/05/2022 / Fornece- dor: 104, Lote: 2030975, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022 / Fornecedor: 104, Lote: 2030976, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/20- 22)	30049099	000	5102	CX	4	60,1075	240,43	240,43	43,28		18,00	
24930	SINVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20044- 11 (1) 02/2022 (Fornecedor: 1666, Lote: 2004411, Qtde: 1 ,Data Fab: 27/02/2020, Data Val: 27/02/2022)	30039069	000	5102	CX	1	4,8200	4,82	4,82	0,58		12,00	
12191	METILPREDNISOLONA 125MG 25FAM+DILGEN-NOVA- FARMA LT 78PG2667 (2) 06/2022 (Fornecedor: 2681, Lote: 78PG2667, Qtde: 2 ,Data Fab: 09/07/2020, Data Val: 09/06/2022)	30043210	000	5102	CX	2	299,1200	598,24	598,24	71,79		12,00	
22556	SULFADIAZINA DE PRATA 1% GEN 30G-PRATI D LT 19L81G (10) 12/2021 (Fornecedor: 970- 6, Lote: 19L81G, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/1- 2/2019, Data Val: 30/12/2021)	30049072	000	5102	TB	10	3,4080	34,08	34,08	4,09		12,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/- 98) LT 19120111 (1) 12/2021 (Fornece- dor: 727, Lote: 19120111, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 31/12/2021)	30049039	000	5102	CX	1	13,6800	13,68	13,68	2,46		18,00	
5584	AC.TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 5AMP 5ML-NIKKHO LT 1119.016 (4) 11/2021 (Fornecedor: 2611, Lote: 1119.016, Qtde: 4 ,Data Fab: 07/11/- 2019, Data Val: 01/11/2021)	30039099	500	5102	CX	4	18,4750	73,90	73,90	13,30		18,00	
11929	CLORETO DE POTASSIO 6%(IONCLOR)60MG/ML 10- OML-PRATI DONADUZZI LT 20A31G (10) 01/2022 (Fornecedor: 9706, Lote: 20A31G, Qtde: 10 ,Data Fab: 13/01/2020, Data Val: 13/01/20- 22)	30049099	500	5102	FR	10	1,9300	19,30	19,30	3,48		18,00	
5478	CEFTRIAXONA 1G IV/IM 50FAM GEN-EUROFARM LT 686841A (3) 06/2022 (Fornecedor: 1088, Lo- te: 686841A, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/06/202- 0, Data Val: 30/06/2022)	30042059	000	5102	CX	3	633,4033	1.900,21	1.900,21	228,02		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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094845719001047183800000420272

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 91.406

DATA DE VENCIMENTO 16/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 4.202,72

VALOR COBRADO 4.202,72

=====

NR.AUTENTICACAO 5.312.C7B.0D5.301.596

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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 - Laranjinha Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 110425
SERIE 1
FOLHA 1/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1104 2510 0021 1530

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

135200717718301 19/08/2020 16:46:43

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

19/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

19 AGO 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/09/2020 4.202,72

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.074,90	692,79	0,00	0,00	4.202,72
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				4.202,72

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 14	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 67,87	PESO LÍQUIDO 67,87

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
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	5,7950	11,59	11,59	1,39		12,00	
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 2689N4 (12) 06/2025 (Fornecedor: 7737, Lote: 2689N4, Qtde: 12 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2025)	90183219	400	5102	CX	12	6,6333	79,60	79,60	9,55		12,00	
15513	EQ.MAC.FL.L.F/A+P LL 1,5MT C/25-L.IMPOR LT 30082019 (2) 08/2022 (Fornecedor: 2080, Lote: 30082019, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/08/-2019, Data Val: 30/08/2022)	90189010	200	5102	PCT	2	20,4700	40,94	40,94	7,37		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	17,8500	89,25	89,25	16,06		18,00	
27185	AT.CREPE 15X4,5(1,8)15F DZ-ORTOM LT 31/07 (4) 07/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 31/0-7, Qtde: 4 ,Data Fab: 27/07/2020, Data Val: 27/07/2025)	90211020	040	5102	DZ	4	5,9400	23,76					

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R2V2R5V12|UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017
ITEM 15 Produto Isento de ICMS Conf.Conv.01/99.
Pedido: 110709

End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 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: 0,56

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/08/2020
ASS.

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



**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 110425
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1104 2510 0021 1530

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

135200717718301 19/08/2020 16:46:43

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
21569	ESPARADRAPO 10X4,5 C/CAPA C/12 PROCI- TEX-CREMER REF.257199 LT 2397265 (1) 06/2- 022 (Fornecedor: 1062, Lote: 2397265, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30051030	500	5102	PCT	1	67,1500	67,15	67,15	12,09		18,00	
11067	ELETRODO AD/INF.C/ESP./GEL C/50-SOLIDOR LT 29519S06AAAA (1) 06/2021 (Fornecedor: 208- 0, Lote: 29519S06AAAA, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/2019, Data Val: 30/06/2021)	90181100	200	5102	PCT	1	13,1900	13,19	13,19	2,37		18,00	
5060	TURBANTE DESC.ELAST.C/100-ANADONA SOFT LT 407-20 (10) 07/2022 (Fornecedor: 17, Lote: 407-20, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2022)	62101000	000	5102	PCT	10	13,6160	136,16	136,16	24,51		18,00	
27921	AVENTAL DESC.ML 20GR BR.C/PUNHO C/50 PCT - TALGE LT TAEX035 (1) 08/2024 (Fornecedor: 1695, Lote: TAEX035, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 01/08/2024)	62101000	200	5102	CX	1	1.326,0000	1.326,00	1.326,00	238,68		18,00	
23716	LUVA P/PROCE.N.EST.VINIL P C/10-TALGE LT TLVMU007 (2) 06/2023 (Fornecedor: 1695, Lote: TLVMU007, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/06/- 2018, Data Val: 30/06/2023)	39262000	200	5102	CX	2	330,0000	660,00	660,00	118,80		18,00	
28844	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML MEDSHARP LT BR02042009E (4) 04/2022 (Fornecedor: 1452, Lote: BR02042009E, Qtde: 4 ,Data Fab: 01/- 04/2020, Data Val: 30/04/2022)	90183929	440	5102	UND	4	5,3400	21,36					
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (2) 11/2024 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 30/11/- 2019, Data Val: 30/11/2024)	90183999	200	5102	CX	2	15,3200	30,64	30,64	5,52		18,00	
13775	SERINGA DESC.10ML SLIP C/250-SR LT H266 (5) 04/2025 (Fornecedor: 1156, Lote: H266, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/04/2020, Data Val: 30/04/2025)	90183119	200	5102	CX	5	56,7560	283,78	283,78	34,06		12,00	
23054	C.G.7,5 X 7,5 13F N.ESTERIL-CLEAN LT 2316- 03/20 (10) 03/2024 (Fornecedor: 1886, Lo- te: 231603/20, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/03/- 2020, Data Val: 31/03/2024)	58030010	000	5102	PCT	10	6,9770	69,77	69,77	12,56		18,00	
10689	SONDA ENT.12FR 120CM C/EST.PÇ-EMBRAMED 19- 05G-REF.490084 LT 2000011629 (10) 02/2023 (Fornecedor: 1, Lote: 2000011629, Qtde: 10 ,Data Fab: 01/03/2020, Data Val: 28/02/20- 23)	90183921	040	5102	PC	10	8,2700	82,70					
28984	LUVA P/PROC.N.EST.NITRI.S/PO M C/20-LUVIX LT NM003 (1) 07/2025 (Fornecedor: 2616, Lote: NM003, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/07/202- 0, Data Val: 31/07/2025)	40151900	000	5102	CX	1	895,0000	895,00	895,00	161,10		18,00	
24404	SERINGA DESC.20ML SLIP BL C/300-INJEX LT 1467/19 (3) 07/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1467/19, Qtde: 3 ,Data Fab: 17/07/2- 019, Data Val: 17/07/2024)	90183119	000	5102	CX	3	101,0833	303,25	303,25	36,39		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4- 0-DESCARP LT SEUUA0014 (3) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA0014, Qtde: 3 ,Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/- 2024)	90189010	200	5102	PCT	3	22,8600	68,58	68,58	12,34		18,00	

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094845720401046583800000243569

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 91.407

DATA DE VENCIMENTO 16/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.435,69

VALOR COBRADO 2.435,69

=====

NR.AUTENTICACAO A.BC9.7FB.785.9C9.66E

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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 Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG, CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0-ENTRADA 1 1-SAIDA 1 N° 462423 SERIE 1 FOLHA 1/1									
NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda a não contribuinte				CHAVE DE ACESSO 3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4624 2310 0116 7192 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora									
INSCRIÇÃO ESTADUAL 001.771.1480296		INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 813.020.011.119		CNPJ 11.206.099/0001-07		PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 131203788533301 19/08/2020 15:19:32							
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOC. HOSP. BENEFICENTE DO BRASIL (3467)													
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03				BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO		DATA DA EMISSÃO 19/08/2020							
MUNICÍPIO LINS		FONE/FAX 1435325198		UF SP		DATA ENTRADA/SAÍDA 19 AGO 2020							
FATURA / DUPLICATA 001 16/09/2020 2.435,69													
CÁLCULO DO IMPOSTO BASE DE CÁLCULO DO ICMS 2.435,69 VALOR DO ICMS 292,28 BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 2.435,69 VALOR DO FRETE 0,00 VALOR DO SEGURO 0,00 DESCONTO 0,00 OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 VALOR TOTAL DO IPI 0,00 VALOR TOTAL DA NOTA 2.435,69													
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730 QUANTIDADE 6 ESPÉCIE CAIXA MARCA POUSO ALEGRE FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF CNPJ/CPF 01125797000540 UF MG INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006 PESO BRUTO 36,03 PESO LÍQUIDO 36,03													
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
16980	LUVA P/ PROCED.N. EST.M C/10-LENGRUBER LT PR014K (6) 07/23 (Fornecedor: 7934, Lote: PR014K, Qtde: 6, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2023)	40151900	000	6108	CX	6	405.9483	2.435,69	2.435,69	292,28		12,00	
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 41 01 Emenda Constitucional 87 de 2015: Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 146,14 Pedido: 430533 End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 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: 0,12													
RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 20/08/2020 ASS.													

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

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094845722001042283800000211051

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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	91.408
DATA DE VENCIMENTO	16/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.110,51
VALOR COBRADO	2.110,51

=====

NR.AUTENTICACAO D.A67.9E0.CB2.407.627

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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 Brandli Faria" de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

**SUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDA**Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDA 1Nº 462446
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO

3120 0811 2060 9900 0107 5500 1000 4624 4610 0005 1594

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

131203788558544 19/08/2020 15:33:26

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinteINSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296INSC. 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
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
19/08/2020ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA ENTRADA/SAÍDA
19 AGO 2020MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 16/09/2020 2.110,51

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
2.110,51	189,17	0,00	0,00	2.110,51
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
				2.110,51

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 1	ESPÉCIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 2,64	PESO LÍQUIDO 2,64

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 (5)03/22 (Fornecedor: 47, Lo- te: 20050754, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/03/20- 20, Data Val: 31/03/2022)	30049099	000	6108	CX	5	261,8780	1.309,39	1.309,39	157,13		12,00	
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU LT 19031040 (5)02/21 (Fornecedor: 47, Lo- te: 19031040, Qtde: 5 ,Data Fab: 01/02/20- 19, Data Val: 28/02/2021)	30049099	300	6108	CX	5	160,2240	801,12	801,12	32,04		4,00	

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

UTI MIRANDOPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 42 B 6
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\$ 190,72
Pedido: 430534
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 , MIRANDOPOLIS - 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: 0,02

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 20/08/2020
ASS. _____

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

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090171153600100836665174283810000190955
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	91.409
NOSSO NUMERO	17115360000836665
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	17/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.909,55
VALOR COBRADO	1.909,55

=====

NR.AUTENTICACAO 6.8C5.29E.292.2B5.38C

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

Rioclarensense
COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOCTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 1935225800

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1336104 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3361 0416 5368 6253

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
135200713856287 18/08/2020 20:16:49

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 18/08/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DA ENTRADA/SAÍDA 18/08/2020
MUNICÍPIO LINS	FONE / FAX 1836591243	UF SP	HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1336104/1	17/09/2020	1.909,55						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
1.909,55	343,72	0,00	0,00	1.909,55	
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	1.909,55

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 260	MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114		
QUANTIDADE 2,00	ESPÉCIE VOLUME(S)	MARCA	NUMERO 0,00004	PESO BRUTO 2,356	PESO LÍQUIDO 2,356

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
022767	INSULINA HUM. NPH-N-U100 (ASPEN/CELLOF) L: BF190067 37 Q: 3,00000 F: 28/02/20 V: 30/01/2022, nFCI: 57B0E180-1C32 -428B-A237-92DC9A733899	30043100	300	5102	FR	3,00	19,85	59,55	59,55	10,72	0,00	18,00	0,00
031379	ENOXAPARINA SODICA 80MG/0,8ML (CRISTALIA) L: A123 06E Q: 30,00000 F: 21/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	34,25	1.027,50	1.027,50	184,95	0,00	18,00	0,00
030330	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA919 Q: 50,00000 F: 01/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	50,00	16,45	822,50	822,50	148,05	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: 16800000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 4506 DATA ENTREGA: 19/08/2020 Pedido: e Compra(Pedido Cliente): 1698164 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota entre em contato através do e-mail boletos@rioclarensense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIÁRIO / TIPO LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO 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 19/8/2020
ASS. *[Assinatura]*

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100831822176883820000354447

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	91.410
NOSSO NUMERO	17115360000831822
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.544,47
VALOR COBRADO	3.544,47

=====

NR.AUTENTICACAO	A.F9D.304.71B.07F.301
-----------------	-----------------------

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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 - JARDIM RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALG. NASSE
JAGUARIUNA - SP
CNPJ 13916-074 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAIDA

Nº. 1330002 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3300 0212 8816 8319

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
135200662158563 04/08/2020 18:41:12

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

MUNICÍPIO
LINS

BAIRRO / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

UF
SP

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
04/08/2020

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
04/08/2020

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1330002/1	18/09/2020	3.544,47						

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
3.544,47	618,27	0,00	0,00	3.544,47

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	3.544,47

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP.

ENDEREÇO
R MARIA CERON VOLPE 2260

QUANTIDADE
1,00

ESPÉCIE
VOLUME(S)

MARCA

FRETE POR CONTA
0 - Por conta do emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF
SP

CNPJ
15.066.184/0001-60

INSCRIÇÃO ESTADUAL
647598751114

MUNICÍPIO
SAO JOSE DO RIO PRETO

NUMERO
0,00024

PESO BRUTO
6,046

PESO LÍQUIDO
6,046

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
030332	ENOXAPARINA SODICA 60MG/0,6ML (MYLAN) L: JC919 Q: 30,00000 F: 01/07/19 V: 30/06/2021	30049099	200	5102	SE	30,00	32,89	986,70	986,70	177,61	0,00	18,00	0,00
022656	HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML SUBCUTANE (CRISTALI A) L: 20070071 Q: 125,0000 F: 30/07/20 V: 30/07/2022	30049099	000	5102	AP	125,00	4,4787	559,84	559,84	100,77	0,00	18,00	0,00
011885	CLINDAMICINA 600MG.FOSFATO (HIPOLABOR) (ITEM GE NERICO) L: AA-033/20 Q: 100,0000 F: 12/05/20 V: 30/04/2022, nFCI: BD7A77BA-119F-4AFD-9E2E-98FD0205AF16	30032099	500	5102	AP	100,00	3,2894	328,94	328,94	39,47	0,00	12,00	0,00
030330	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (MYLAN) L: JA919 Q: 50,00000 F: 01/06/19 V: 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	50,00	16,44	822,00	822,00	147,96	0,00	18,00	0,00
001909	CEFTRIAXONA 1G IV (BIOCHIMICO) L: 009003 Q: 100,000 0 F: 30/06/20 V: 30/05/2023, nFCI: 26171385-619C-430E-88C5-5D 1500846756	30042059	500	5102	FA	100,00	8,00	800,00	800,00	144,00	0,00	18,00	0,00
011763	LIDOCAINA 20MG,CLORIDRATO (CRISTALIA) L: 19120261 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

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

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 05/08/2020
ASS. _____

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL
=====

00190000090171153600100831835178983820000093394
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	91.411
NOSSO NUMERO	17115360000831835
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	933,94
VALOR COBRADO	933,94

=====

NR.AUTENTICACAO 3.7F5.B49.58E.3FC.98C

=====

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

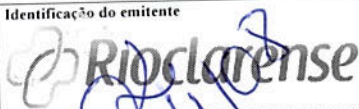
SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, cancelamento de
produtos e servicos.

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 -
JAGUARUNA - SP
CEP 13910-074 - 1935225800

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 1330012 FL 1 / 2
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3300 1216 9605 9160

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
135200662173634 04/08/2020 18:47:07

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL
395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO

CNPJ
67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF
45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO
04/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

Bairro / DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA
04/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE / FAX
1836591243

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA	FATURA/DUPLC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLC.	VENCIMENTO	VALOR
1330012/1		18/09/2020	933,94						

CÁLCULO DO IMPOSTO		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUTO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE DE CÁLCULO DO ICMS		933,94		154,91		0,00		933,94	
VALOR DO FRETE		0,00		VALOR DO DESCONTO		0,00		VALOR TOTAL DA NOTA	
								933,94	

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
7,00

ESPÉCIE
VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO
0,18077

PESO BRUTO
29,579

PESO LÍQUIDO
29,579

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS		NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO											ICMS	IPI
010304	ALGODAO HIDROFILO 500GRS (ERS) L: 0520 Q: 3,0000 F: 26/05/20 V: 30/05/2025	52030000	000	5102	RO	3,00	10,50	31,50	31,50	5,67	0,00	18,00	0,00
027699	VITAMINA A, VITAMINA E, LEC DE SOJA 200ML - CLASSE RISCO III (AGE HOSPITALAR) L: 044/20 Q: 24,0000 F: 17/07/20 V: 17/07/2022	15121919	000	5102	FR	24,00	3,5035	84,08	84,08	15,13	0,00	18,00	0,00
027296	COLETOR DE MAT PERFURO CORT 13 LTS (DESCARBOX) L: 4561 Q: 40,0000 F: 30/06/20 V: 30/06/2025	48191000	000	5102	PC	40,00	3,3295	133,18	133,18	23,97	0,00	18,00	0,00
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTION) L: 0107189 Q: 100,0000 F: 16/04/20 V: 30/04/2022	90183119	200	5102	PC	100,00	2,20	220,00	220,00	26,40	0,00	12,00	0,00
031301	EQUIPO MACRO-GOTAS INJ LAT AR FILTRO 1,5 (LABOR IM PORT) L: 10122019 Q: 25,0000 F: 10/12/19 V: 10/12/2022	90189010	200	5102	PC	25,00	0,9398	23,50	23,50	4,23	0,00	18,00	0,00
026231	LANCETA PARA LANCETADOR (MEDLEVENSOHN) L: F02 62 Q: 500,0000 F: 28/02/19 V: 30/01/2024	90183999	200	5102	PC	500,00	0,0422	21,10	21,10	3,80	0,00	18,00	0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L: 1290549 Q: 500,0000 F: 08/01/20 V: 07/01/2022	38220090	700	5102	TI	500,00	0,561	280,50	280,50	50,50	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: 16800000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - SEUS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDÓPOLIS CONVENIO 0107/2017 DATA ENTREGA: 05/08/2020 Pedido: 1686086 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1686086 *** O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não receba entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art. 54, Inc. XV, RICMS/SP Dec 45490/00. LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

Convenção nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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 05/08/2020
ASS. _____

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CNPJ 13916-073 - 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1330012 FL 2 / 2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3300 1216 9605 9160

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

135200662173634 04/08/2020 18:47:07

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	IPI
031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 2004-DC Q: 100,00 00 F: 30/05/20 V: 30/05/2025	63079010	000	5102	PC	100,00	0,13	13,00	13,00	2,34	0,00	18,00	0,00
027531	SONDA ASPIRACAO TRAQUEAL C/VALVULA N.14 (MARK MED) L: 15380 Q: 200,0000 F: 30/06/20 V: 30/06/2024	90183929	000	5102	PC	200,00	0,6354	127,08	127,08	22,87	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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190000090130484000000832009179983820000512800
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	91.412
NOSSO NUMERO	13048400000832009
CONVENIO	01304840
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	5.128,00
VALOR COBRADO	5.128,00

=====

NR.AUTENTICACAO F.871.585.6D7.C31.752

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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: Custo



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
RUA PAULO COSTA 140 - DISTRITO INDUSTRIAL JARDIM PIEMONT SUL - BETIM - MG
CEP 32609-712 - 31343943

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº. 0549784 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO
3120 0867 7291 7800 0220 5500 1000 5497 8414 3224 9612

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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
131203771689895 04/08/2020 21:17:13

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
0629965800021

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTARIO
813016120116

CNPJ
67.729.178/0002-20

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL	CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 04/08/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303	BAIRRO / DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS	FONE / FAX 1836591243	UF SP
	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA 04/08/2020

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLC	VENCIMENTO	VALOR
0549784/1	18/09/2020	5.128,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 5.128,00	VALOR DO ICMS 615,36	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 5.128,00
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 5.128,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTR E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ 01.125.797/0008-2
ENDEREÇO AV APIO CARDOSO 3115	MUNICÍPIO CONTAGEM	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 0620929840177		
QUANTIDADE 10,00	ESPÉCIE VOLUME(S)	MARCA	NÚMERO 0,03138	PESO BRUTO 54,600	PESO LÍQUIDO 54,600

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.C.A.C. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	QUOTAS
031578	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T2292 Q: 400,00 00 F: 30/06/20 V: 30/06/2023	62101000	000	6108	PC	400,00	12,82	5.128,00	5.128,00	615,36	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

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: 16800000 UF: SP País: BRASIL PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDÓPOLIS CONVENIO 0107/2017 PEDIDO DATA ENTREGA: 05/08/2020 Pedido: 1686055 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1686055 *** O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal caso não 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: 1.21715.1 ** 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: 307,68 LOCAL LI: ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 10/08/20
ASS. *[Assinatura]*

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-2

=====

BANCO DO BRASIL

00190615633741543359000002034312583820000247995

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 91.413

NOSSO NUMERO 6156374154

CONVENIO 00000000

DATA DE VENCIMENTO 18/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.479,95

VALOR COBRADO 2.479,95

=====

NR.AUTENTICACAO 0.F6E.23F.296.841.5DC

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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
ESTOCQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 1117697
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

5220 0804 0278 9400 0326 5500 1001 1176 9710 0075 6232

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

152203352056106 19/08/2020 18:11:17

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

19/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

19/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

18:03

FATURA / DUPLICATA

001 18/09/2020 2.479,95

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
2.411,78	123,73	0,00	0,00	2.479,95
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				2.479,95

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 AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	MUNICÍPIO CATALAO			UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 8,00	PESO LÍQUIDO 8,00

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
49467	OMEPRAZOL 20MG C/56 CAP GEN - PHARLAB (Lote: 20003243, Qtde: 1, Dt Val: 30/06/2022, Data Fab: 01/06/2020)	30049069	020	6108	CX	1	3,9500	3,95	3,29	0,39		12,00	
34166	PIPER.TAZOB.4,5G C/10 GEN - AUROBINDO (Lote: PT0420062A, Qtde: 10, Dt Val: 30/04/2022, Data Fab: 01/05/2020)	30041019	200	6108	CX	10	207,1000	2.071,00	2.071,00	82,84		4,00	
33995	ALGODAO HIDROP.500GR - CREMER (Lote: 3671-82028, Qtde: 2, Dt Val: 31/07/2025, Data Fab: 01/07/2020)	30059090	020	6108	RL	2	10,0000	20,00	16,67	2,00		12,00	
50111	MASCARA DESC.TRIPLA C/TIRAS C/50 - NEVE (Lote: 2007000477, Qtde: 10, Dt Val: 30/06/2025, Data Fab: 01/06/2020)	63079010	020	6108	PCT	10	38,5000	385,00	320,82	38,50		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 MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS (18) 99143-9531

ITENS 1,3 a 4 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

ITEM 3 e 4

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

ITEM 3 e 4 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15

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

ITEM 2 e 3

ITEM 2 e 3

Emenda Constitucional 87 de 2015:

Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 189,98

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 157,45, Federal, R\$ 33,72, Estadual, R\$ 123,73

Pedido: 1195531

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO -

Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

Convênio nº 0107/2017

Termo Aditivo nº 061/2020

Fonte Recurso Estadual

Secretaria do Estado da Saúde

UGE: 090195 - Hospital Estadual

Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis

tipo de Despesa: Custeio

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 20/08/2020

ASS.

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100836788174183820000059182

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	91.414
NOSSO NUMERO	17115360000836788
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	591,82
VALOR COBRADO	591,82

NR.AUTENTICACAO 3.E83.F56.A46.1C7.72B

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

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC EMILIO MARCONATO - LULA - MUELER RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP
CEP 13916-074 - 193522580

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 1336232 FL 1 / 1
SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3362 3211 5752 6120

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

135200717089507 19/08/2020 14:57:09

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

19/08/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

19/08/2020

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
1336232/1	18/09/2020	591,82						

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
591,82	93,33	0,00	0,00	591,82
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
				591,82

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANT	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	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3,00	VOLUME(S)		0,02345	5,720	5,720

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD/BECTION) L: 0107189 Q: 100,0000 F: 16/04/20 V: 30/04/2022	90183119	200	5102	PC	100,00	2,20	220,00	220,00	26,40	0,00	12,00	0,00
029885	CATETER ANGIOCATH 22G (BD) L: 0115014 Q: 200,0000 F: 30/05/20 V: 30/04/2025	90183929	500	5102	PC	200,00	1,43	286,00	286,00	51,48	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L: C9248 Q: 12,0000 F: 01/06/20 V: 30/06/2022	33069000	000	5102	FR	12,00	7,152	85,82	85,82	15,45	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: 16800000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 4516 DATA ENTREGA: 19/08/2020 Pedido: 1698306 Autorização de Compra(Pedido Cliente): 1698306 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não 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: RODOVIÁRIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art. 54, Inc. XV, RICMS/SP Dec 45490/00 LOCAL DE ENTREGA: Endereço: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS CEP: 16800000 UF: SP País: BRASIL(Código Interno Emitente: 4768 Nome Fantasia: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito: CENTRO Município: MIRANDÓPOLIS UF: SP País: BRASIL

RESERVADO AO FISCO

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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 20 / 08 / 2020

ASS. _____

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100837018175483820000663050

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 91.415
NOSSO NUMERO 17115360000837018
CONVENIO 01711536
DATA DE VENCIMENTO 18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO 14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO 6.690,50
VALOR COBRADO 6.690,50

NR.AUTENTICACAO 3.2E8.349.5C4.DE7.A49

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190615633745673359300002034312783820000023036

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	91.416
NOSSO NUMERO	6156374567
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	230,36
VALOR COBRADO	230,36

=====

NR.AUTENTICACAO A.85C.49C.423.FBA.E29

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1



CHAVE DE ACESSO

3520 0804 0278 9400 0750 5500 1000 0890 2710 0140 6272

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
135200718742981 19/08/2020 22:30:12

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
19/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
19/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
22:29

FATURA / DUPLICATA

001 18/09/2020 230,36

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
187,77	33,80	0,00	0,00	230,36
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				230,36

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

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			4,00	4,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	AL ICMS	AL. IPI
26358	PHOSFOENEMA 130ML C/12-CRISTALIA (Lote: 19050163, Qtde: 1, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/2019)	30049099	000	5102	CX	1	58,0600	58,06	58,06	10,45		18,00	
15582	PARACETAMOL 200MG 15ML GTS GEN.- -EMS (Lote: 1R1319, Qtde: 10, Dt Val: 30/04/2023 ,Data Fab: 01/04/2020)	30049045	520	5102	FR	10	3,5000	35,00	13,61	2,45		18,00	
20650	XYLESTESIN 2% GELEIA 30GR C/10-CRI-SESTERIL-COM APLICADOR (Lote: 20010265, Qtde: 1, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049043	000	5102	CX	1	46,1000	46,10	46,10	8,30		18,00	
49509	FILTRO BACTER. C/TRAQUEIA ADULTO - SCAVMEDICAL (Lote: 10237, Qtde: 10, Dt Val: 31/08/2023 ,Data Fab: 01/08/2020)	90192010	500	5102	UN	10	7,0000	70,00	70,00	12,60		18,00	
3798	ALGODAO ORTOP.15X1.0M C/12-ORTOBOM (Lote: 261, Qtde: 4, Dt Val: 01/07/2025 ,Data Fab: 01/07/2020)	90211020	040	5102	PCT	4	5,3000	21,20					

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria de Estado da Saúde
UG: 080196 - Hospital Estadual
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 5 ISENÇÃO ICMS CONFORME CONVENIO 126/2010

ITEM 2 Redução de Base cf. artigo 3º, XXIV do AnexoII, do RICMS/00 SP

ITEM 4

ITEM 5 ISENTO PIS/COFINS DECRETO 6426/08 ANEXO III

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

VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 45,91, Federal, R\$ 12,11, Estadual, R\$ 33,80

Pedido: 100352

Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCAL

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 20/08/2020

ASS.

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

=====

00190615483735441912100001445311383810000130000

BENEFICIARIO:

UNIAO Q F NACIONAL S

NOME FANTASIA:

UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL

CNPJ: 60.665.981/0001-18

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

=====

NR. DOCUMENTO	91.417
NOSSO NUMERO	6154373544
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	17/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	14/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	1.300,00
VALOR COBRADO	1.300,00

=====

NR.AUTENTICACAO 4.6E8.F12.42E.121.624

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

RODOVIA FERNÃO DIAS - BR 381, S/N
KM 862,5 - DISTRITO INDUSTRIAL (CDI)
Pouso Alegre - MG - CEP: 37556830
Fone: (35) 3427-9000

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
Nº 436140
SÉRIE 1
FOLHA 1 / 1



CHAVE DE ACESSO
3120 0860 6659 8100 0975 5500 1000 4361 4018 4125 9722
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 dest.ã contribuinte		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131203774009150 06/08/2020 12:12:29	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 5257755260375	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO 813013256118	CNPJ 60.665.981/0009-75	

DESTINATÁRIO / RECEBENTE NOME/RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D BRASIL		CNPJ/CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 06/08/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES SALA 03 303		Bairro / Distrito JARDIM ARIANO	CEP 16400-400
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (551) 43532-5198	UF SP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA 06/08/2020
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA/ENTRADA 12:12:22 -03:00

FATURA / DUPLICATAS									
Número: 0092318424, Valor original: 1.300,00, Valor do Desconto: 0,00, Valor Líquido: 1.300,00									
Num. Duplicata/Parcela 001	Vencimento 17/09/2020	Valor 1.300,00	Num. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	Num. Duplicata/Parcela	Vencimento	Valor	

CÁLCULO DO IMPOSTO									
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 1.300,00	VALOR DO ICMS 52,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR APROXIMADO DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 1.300,00				
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 1.300,00				

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS DADOS DO PRODUTO										
RAZÃO SOCIAL INTEC INTEGRACAO NACIONAL DE TRANSP DE ENCOMENDAS		FRETE POR CONTA 0 - Remetente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF MG	CNPJ / CPF 52.134.798/0005-91				
ENDEREÇO R TOM JOBIM 600		MUNICÍPIO CONTAGEM			UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 1861413310055				
QUANTIDADE 1	ESPECIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 3,500	PESO LÍQUIDO 3,500					

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	VL. DESCONTO	BC. ICMS	VL. ICMS	V. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
000000000000100219*	TAZOMAZ 4,5g INJ X 10 FA L FTR420023A V 31.01.2022 Q 5,000. Vlr. aprox. trib.: 234,00. PMC: 0,00 Cód. ANVISA: 1045714320070	30049099	100	610*	UN	5,0000	260,000000	1.300,00	0,00	1.300,00	52,00	0,00	4,00	

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Inf. Contribuinte: CASO NECESSITE DO CERTIFICADO DE ANÁLISE, SOLICITAR POR E-MAIL:
CERTIFICADO@UNIAOQUIMICA.COM.BR. ENTREGAR COM EXTREMA URGENCIA UTI MIRANDOPOLISCONVENIO
0107/2017. Base calculo ICMS: R\$ 1.300,00 Valor ICMS partilha:R\$ 182,00 ICMS FECF: R\$ 0,00.
Num. pedido cliente: 4250. Ordem de venda: 0005362433. Remessa: 0082338800. Documento de
transporte: 0010047761.

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85620000012 48090064026 21453494610 00105610244
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
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	1.248,09

DOCUMENTO: 091601
AUTENTICACAO SISBB: 9.733.31F.1ED.D20.FF5

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	31/08/2020
	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 3374-8438D	06 DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
	DARF IRRF 08 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	
	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.248,09
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.248,09

85620000012-8 48090064026-3 21453494610-5 00105610244-3

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

 MINISTÉRIO DA FAZENDA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL Documento de Arrecadação de Receitas Federais DARF	02 PERÍODO DE APURAÇÃO	31/08/2020
	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 3374-8438D	06 DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
	DARF IRRF 08 2020 UTI MIR ANDOPOLIS DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário do contribuinte: LINS NÃO RECEBER COM RASURAS Auto Atendimento Versão 5.59.71.6643 - opção 1 - DLL versão 1.4	
	07 VALOR DO PRINCIPAL	1.248,09
	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E / OU ENCARGOS DL - 1.025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.248,09

85620000012-8 48090064026-3 21453494610-5 00105610244-3

11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)



cortar nesta linha

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas pontilhadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

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

16/09/2020
 211

RELAÇÃO DAS BASES DO IRRF

Código	Nome do empregado	Tipo	Base cálculo	Abatimentos	Dependentes	ND	Taxa	Dedução	Valor IRRF	
Período: 01/08/2020 a 31/08/2020										
EMPREGADOS										
2329	ALCIONE BOGAZ	Mensal 07/20	1.871,00	152,71	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	Mensal 07/20	2.942,75	274,75	379,18	2	7,50	142,80	28,86	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	Mensal 07/20	3.479,32	346,03	0,00	0	15,00	354,80	115,19	
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	379,18	2	0,00	0,00	0,00	
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	Mensal 07/20	1.871,00	152,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	Mensal 07/20	1.693,32	136,71	568,77	3	0,00	0,00	0,00	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	Mensal 07/20	2.964,22	277,33	189,59	1	7,50	142,80	44,50	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	Mensal 07/20	3.165,16	302,05	0,00	0	15,00	354,80	74,67	
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	Mensal 07/20	1.869,89	152,61	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	Mensal 07/20	749,79	60,12	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	Mensal 07/20	1.871,02	152,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	Mensal 07/20	1.660,45	133,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE	Mensal 07/20	1.808,74	147,10	379,18	2	0,00	0,00	0,00	
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Mensal 07/20	1.871,00	152,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2134	EDILAINE MUNHOZ MAQUEA	Férias	2.460,79	216,92	0,00	0	7,50	142,80	25,49	
2135	EDILENE MANOEL	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
2136	ELAINE CRISTINA DIAS BORGES	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2992	ELIANA CRISTINA RODRIGUES	Mensal 07/20	1.606,95	128,94	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
3207	GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
2137	GISLAINE MACHADO MORABITO	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	379,18	2	0,00	0,00	0,00	
2127	ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS	Mensal 07/20	1.371,13	108,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	Mensal 07/20	1.400,49	110,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	Mensal 07/20	1.830,34	149,05	379,18	2	0,00	0,00	0,00	
2146	KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2771	LAIS MARANI SILVA	Mensal 07/20	3.257,41	314,97	189,59	1	7,50	142,80	63,66	
2147	LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	Mensal 07/20	1.871,00	152,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2148	LUCAS CARVALHO DOS SANTOS	Férias	2.440,40	214,47	0,00	0	7,50	142,80	24,14	
2149	MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2129	MARCIA MAIARA POSSENTI	Mensal 07/20	1.451,33	114,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
3021	MAURO CELSO CHIAVELLI	Mensal 07/20	3.294,48	320,16	0,00	0	15,00	354,80	91,35	
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	Mensal 07/20	1.194,88	109,47	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	Mensal 07/20	1.871,00	152,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	Mensal 07/20	1.606,71	128,92	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Mensal 07/20	2.757,41	252,51	0,00	0	7,50	142,80	45,07	
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOL	Mensal 07/20	1.625,79	130,64	189,59	1	0,00	0,00	0,00	
2157	RICARDO DE CARVALHO	Mensal 07/20	1.911,66	156,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
2839	SONIA DOS SANTOS ROCHA	Mensal 07/20	1.629,26	130,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00	
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Mensal 07/20	4.620,04	505,73	0,00	0	22,50	636,13	289,59	
33	THAIS BOARETO DA SILVA	Férias	5.395,93	614,36	0,00	0	27,50	869,36	445,57	
2799	VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ	Mensal 07/20	1.606,72	128,92	379,18	2	0,00	0,00	0,00	
Total:			87.481,77	7.742,92					1.248,09	
Empregados:	42	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	87.481,77	7.742,92	4.739,75	1.248,09
Total Geral:										
Empregados:	39	Estagiários:	0	Contribuintes:	0	Total:	87.481,77	7.742,92	4.739,75	1.248,09

Resumo Geral IRRF

Cód. de Recolhimento	Periodicidade	Valores Acum. Comp. Ant.	Valor a Recolher	Valor a Compensar	Valor a Pagar	Valor a Acumular
Todos	07/2020	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0561	Mensal 07/2020	0,00	37.476,90	0,00	37.476,90	0,00
0588	Mensal 07/2020	0,00	465,16	0,00	465,16	0,00
Totalizador			37.942,06	0,00	37.942,06	0,00

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

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

=====

AG. ARRECADADOR	
CNC 001 - 6790 - BILAC	SP
CODIGO DE BARRAS	85640000016 66630064026
	21453494610 00117080244
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
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	1.666,63

DOCUMENTO: 091602
AUTENTICACAO SISBB: 6.1F8.0E2.F47.594.C04

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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	31/08/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.666,63
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.666,63
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalWeb versão 1.7.1.6643 16/09/2020 07:33:16	

85640000016-7 66630064026-3 21453494610-5 00117080244-9



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	31/08/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	1708
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	1.666,63
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 18/09/2020 Domicílio tributário informado: LINS - SP NÃO RECEBER COM RASURAS	08 VALOR DA MULTA	0,00
	09 VALOR DOS JUROS E/OU ENCARGOS DL - 1025/69	0,00
	10 VALOR TOTAL	1.666,63
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalWeb versão 1.7.1.6643 16/09/2020 07:33:16	

85640000016-7 66630064026-3 21453494610-5 00117080244-9



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

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
21/08/2020	332	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
28/07/2020	49646	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 3.708,92	R\$ -	R\$ 55,63	R\$ 172,46		R\$ 228,10	R\$ 3.480,82
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 111.108,92	R\$ -	R\$ 1.666,63	R\$ 5.166,56	R\$ -	R\$ 6.833,20	R\$ 104.275,72

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.03
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	85690000051 66560064026
	21453494610 00159520244
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
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	5.166,56

DOCUMENTO: 091603
AUTENTICACAO SISBB: E.342.E8C.317.152.8F6

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	31/08/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.166,56
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 18/09/2020 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	5.166,56
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 16/09/2020 07:34:52	

85690000051-9 66560064026-2 21453494610-5 00159520244-9



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	31/08/2020
	03 NÚMERO DO CPF OU CNPJ	45.349.461/0001-02
	04 CÓDIGO DA RECEITA	5952
	05 NÚMERO DE REFERÊNCIA	
	06 DATA DE VENCIMENTO	18/09/2020
	07 VALOR PRINCIPAL	5.166,56
01 NOME / TELEFONE ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRA DARF válido para pagamento até 18/09/2020 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	5.166,56
	11 AUTENTICAÇÃO BANCÁRIA (Somente nas 1ª e 2ª vias)	
	SicalcWeb versão 1.7.71.6643 16/09/2020 07:34:52	

85690000051-9 66560064026-2 21453494610-5 00159520244-9



Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da Saúde
 UGE: 090195 - Hospital Estadual
 Dr. Osvaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: 100000

DARF emitido em duas vias. Recorte nas linhas tracejadas e efetue o pagamento na rede bancária autorizada.

DATA DO DOCUMENTO	NF	CREDOR	IRRF	ISS	IRRF	PCC		TOTAL IMP.	TOT. LIQUIDO
21/08/2020	332	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
28/07/2020	49646	Laboratorio São Paulo Analises Clinicas Ltda	R\$ 3.708,92	R\$ -	R\$ 55,63	R\$ 172,46		R\$ 228,10	R\$ 3.480,82
			R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -		R\$ -	R\$ -
TOTAL			R\$ 111.108,92	R\$ -	R\$ 1.666,63	R\$ 5.166,56	R\$ -	R\$ 6.833,20	R\$ 104.275,72

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	08/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
VALOR DO INSS	3.225,92
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	3.225,92

=====

DOCUMENTO: 091604

AUTENTICACAO SISBB: C.1EC.F4B.3CA.AB9.CA0

***** VIA EMPREGADOR *****

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.03
6790306790 SEGUNDA VIA 0006
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

MINISTERIO DA PREVIDENCIA E ASSISTENCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
GUIA DA PREVIDENCIA SOCIAL - GPS

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

=====

CODIGO DO PAGAMENTO	2305
COMPETENCIA	08/2020
IDENTIFICADOR	45349461000889
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
VALOR DO INSS	3.225,92
VALOR OUTRAS ENTIDADES	0,00
VALOR ATM/JUROS/MULTA	0,00
VALOR TOTAL	3.225,92

=====

DOCUMENTO: 091604

AUTENTICACAO SISBB: C.1EC.F4B.3CA.AB9.CA0

***** 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

Mina

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	08/2020
		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	3.225,92
		7 -	
		8 -	
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 18/09/2020	
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	3.225,92
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	08/2020
		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	3.225,92
		7 -	
		8 -	
		2 - VENCIMENTO (Uso exclusivo INSS) 18/09/2020	
ATENÇÃO: É vedada a utilização de GPS para recolhimento de receita de valor inferior ao estipulado em resolução publicada pelo INSS. A receita que resultar valor inferior deverá ser adicionada à contribuição ou importância correspondente nos meses subsequentes, até que o total seja igual ou superior ao valor mínimo fixado.		10 - ATM/MULTA E JUROS	0,00
		11 - TOTAL	3.225,92
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

16/09/2020
211

RELAÇÃO DE BASES DO INSS

Código	Nome do empregado	Base cálculo	Excedente	Ded.sal.mat.13	Deduções	Taxa	Valor	
EMPREGADOS								
2329	ALCIONE BOGAZ	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2478	ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS	3.202,22	0,00	0,00	0,00	9,59	307,24	
2163	ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN	3.198,42	0,00	0,00	0,00	9,59	306,71	
2122	ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA	1.627,04	0,00	0,00	0,00	8,04	130,75	
2123	ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA	1.876,65	0,00	0,00	0,00	8,16	153,21	
2445	ANA PAULA DOS SANTOS SILVA	1.871,00	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2336	BIANCA CAETANO COSTA	2.759,26	0,00	0,00	0,00	9,16	252,73	
2977	BRUNA BERALDO FERRANTE	2.975,83	0,00	0,00	0,00	9,37	278,72	
2125	CATIA FERNANDA FERRAZ	1.830,34	0,00	0,00	0,00	8,14	149,05	
2752	CRISTIANE PASCOALETO VENDRAME	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2772	DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA	1.871,02	0,00	0,00	0,00	8,16	152,71	
2126	DEBORA CRISTINA LOCHE	1.641,60	0,00	0,00	0,00	8,04	132,06	
2132	DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA	1.817,44	0,00	0,00	0,00	8,14	147,88	
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	1.469,81	0,00	0,00	0,00	7,93	116,60	
2130	IZABEL CRISTINA DE SOUZA	1.452,48	0,00	0,00	0,00	7,92	115,04	
2139	JOSE LOPES DE OLIVEIRA	1.708,36	0,00	0,00	0,00	8,08	138,07	
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	1.890,27	0,00	0,00	0,00	8,17	154,44	
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	3.257,41	0,00	0,00	0,00	9,67	314,97	
2721	NATALIA PAZINATO DA SILVA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2154	NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA	91,92	0,00	0,00	0,00	7,50	6,89	
2153	PATRICIA ADRIANA FERREIRA	1.891,33	0,00	0,00	0,00	8,17	154,53	
2164	PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA	1.606,71	0,00	0,00	0,00	8,02	128,92	
2155	PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	2.757,41	0,00	0,00	0,00	9,16	252,51	
2128	REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA	1.591,13	0,00	0,00	0,00	8,01	127,52	
2157	RICARDO DE CARVALHO	1.850,67	0,00	0,00	0,00	8,15	150,88	
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:		38	Total:	74.983,16	0,00	0,00	3.257,41	6.483,33
Contribuintes:		0	Total:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total:		38	Total:	74.983,16	0,00	0,00	3.257,41	6.483,33

Resumo Geral das bases de INSS

	Base cálculo	Excedente	Segurados	Contribuintes	RAT	Empresa	Deduções	Terceiros	Total
Total	74.983,16	0,00	6.483,33	0,00	0,00	0,00	3.257,41	0,00	3.225,92

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:03
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094831079301045183800000059676

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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	91.605
DATA DE VENCIMENTO	11/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	16/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	591,86
JUROS/MULTA	4,90
VALOR COBRADO	596,76

=====

NR.AUTENTICACAO E.B54.D88.72B.FC5.156

=====

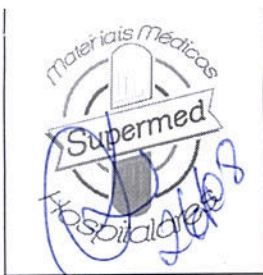
Central de Atendimento BB
4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas
0800 729 0001 Demais localidades.
Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA **1**

Nº 108929
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1089 2910 0061 3548

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

135200700982453 14/08/2020 17:16:36

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

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

14/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

14 AGO. 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 11/09/2020 591,86

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
591,86	71,02	0,00	0,00	533,97
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
57,89	0,00		0,00	0,00
				591,86

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

0,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
12083	NOREPINEFRINA 2MG/ML 50AMP 4ML GEN-HIPOLA-BOR LT AB-070/20 (1) 06/2022 (Fornecedor: 1898, Lote: AB-070/20, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049099	000	5102	CX	1	533,9700	533,97	591,86	71,02		12,00	

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

#R3V111

Pedido: 108821

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

MIRANDOPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL

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

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

QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703

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

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 18/08/2020

ASS.

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

16/09/2020
211

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO COOPERATIVO SICREDI S.A.

74891116205358483021902213581016783840000018990

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	92.101
DATA DE VENCIMENTO	20/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	189,90
DESCONTO/ABATIMENTO	10,00
VALOR COBRADO	179,90

=====

NR.AUTENTICACAO C.0B5.3AA.619.307.43F

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

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 93

Nº 000000011

Emissão: 01/09/2020

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	Situação do documento fiscal
df1f.b020.9a29.2f8b.a9ca.c68c.1148.42ea	

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
UGF-090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190615486281831912100001445311183850000105000

BENEFICIARIO:

UNIAO Q F NACIONAL S

NOME FANTASIA:

UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL

CNPJ: 60.665.981/0001-18

PAGADOR:

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 92.102
NOSSO NUMERO 6154628183
CONVENIO 00000000
DATA DE VENCIMENTO 21/09/2020
DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO 1.050,00
VALOR COBRADO 1.050,00

NR.AUTENTICACAO A.E87.443.A16.21B.DA3

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

mirandopsis

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000094861228501047183850000067735

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 92.103

DATA DE VENCIMENTO 21/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 677,35

VALOR COBRADO 677,35

=====

NR.AUTENTICACAO A.8C1.74E.35E.130.251

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

**DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA**

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 111742
SERIE 1
FOLHA 1/1

**CHAVE DE ACESSO**

3520 0811 2060 9900 0441 5500 1000 1117 4210 0114 3050

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

135200733066841 24/08/2020 14:26:19

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

24/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

24 AGO 2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 21/09/2020 677,35

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	677,35	VALOR DO ICMS	121,92	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	677,35
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	677,35

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000701

ENDEREÇO
RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200

MUNICÍPIO
SAO PAULO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

149529966118

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE

CAIXA

MARCA

NÚMERO

PESO BRUTO

9,08

PESO LÍQUIDO

9,08

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
26110	ELETRODO AD. C/ESP.C/GEL C/5- 0-DESCARPACK LT SECDAA0015 (20) 10/2022 (Fornecedor: 918, Lote: SECDAA0015, Qtde: 20, Data Fab: 01/11/2019, Data Val: 31/10/2022)	90181100	200	5102	PCT	20	13,2875	265,75	265,75	47,83		18,00	
23893	MYTEDOM(A1) 5MG 20CP-CRISTALIA (PORT.344/-98) LT 19120111 (4) 12/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19120111, Qtde: 4, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 31/12/2021)	30049039	000	5102	CX	4	13,6800	54,72	54,72	9,85		18,00	
14076	SOL.DE GLICOSE 50% 200AMP 10ML PL-FARMACE LT 20G10781D (2) 07/2022 (Fornecedor: 238-5, Lote: 20G10781D, Qtde: 2, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2022)	30039099	000	5102	CX	2	86,0600	172,12	172,12	30,98		18,00	
5584	AC.TRANEXAMICO(TRANSAMIN) 5AMP 5ML-NIKKHO LT 1119.016 (10) 11/2021 (Fornecedor: 261-1, Lote: 1119.016, Qtde: 10, Data Fab: 07/11/2019, Data Val: 01/11/2021)	30039099	500	5102	CX	10	18,4760	184,76	184,76	33,26		18,00	

DADOS ADICIONAIS**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

#R1V1R2V1R5V211

Pedido: 112014

End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, MIRANDOPOLIS - 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: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 27/08/2020

ASS.

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100833707177383880000652700

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 92.104

NOSSO NUMERO 17115360000833707

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 24/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 6.527,00

VALOR COBRADO 6.527,00

=====

NR.AUTENTICACAO 4.CB1.DFA.504.F64.FF0

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

 COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA PC EMILIO MARCONATO 1000 - RUA EDSON RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA - SP CEP 13916-074 - 1935225800		DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1332636 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3326 3611 8242 3994 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 135200682154674 10/08/2020 16:55:32																																											
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO		INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO 67.7 9.178/0004-91																																											
DESTINATÁRIO/REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 MUNICÍPIO LINS FONE / FAX 1836591243 UF SP		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02 CEP 16400-400 INSCRIÇÃO ESTADUAL 67.7 9.178/0004-91		DATA DA EMISSÃO 10/08/2020 DATA DA ENTRADA/SAÍDA 10/08/2020 HORA DE SAÍDA 16:55:32																																											
FATURA/DUPPLICATA <table><tr><td>FATURA/DUPLOC.</td><td>VENCIMENTO</td><td>VALOR</td><td>FATURA/DUPLOC.</td><td>VENCIMENTO</td><td>VALOR</td><td>FATURA/DUPLOC.</td><td>VENCIMENTO</td><td>VALOR</td></tr><tr><td>1332636/1</td><td>24/09/2020</td><td>6.527,00</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR	1332636/1	24/09/2020	6.527,00																																		
FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC.	VENCIMENTO	VALOR																																							
1332636/1	24/09/2020	6.527,00																																													
CÁLCULO DO IMPOSTO <table><tr><td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS</td><td>VALOR DO ICMS</td><td>BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST</td><td>VALOR DO ICMS SUBSTITUTO</td><td>VALOR TOTAL DOS PRODUTOS</td></tr><tr><td>6.527,00</td><td>1.174,86</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>6.527,00</td></tr></table>		BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	6.527,00	1.174,86	0,00	0,00	6.527,00																																				
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS																																											
6.527,00	1.174,86	0,00	0,00	6.527,00																																											
<table><tr><td>VALOR DO FRETE</td><td>VALOR DO SEGURO</td><td>VALOR DO DESCONTO</td><td>OUTRAS DESPESAS</td><td>VALOR DO IPI</td><td>VALOR TOTAL DA NOTA</td></tr><tr><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>6.527,00</td></tr></table>		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	6.527,00																																		
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	6.527,00																																										
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260 QUANTIDADE 14,00 ESPECIE VOLUME(S) MARCA SAO JOSE DO RIO PRETO NUMERO 0,03924 PESO BRUTO 70,815 PESO LÍQUIDO 70,815		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CÓDIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF SP CNPJ 15.066.184/0001-60 INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114																																													
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS <table><tr><th>CÓDIGO</th><th>DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO</th><th>NCM / SH</th><th>CST</th><th>CFOP</th><th>UN</th><th>QUANT.</th><th>VALOR UNITÁRIO</th><th>VALOR TOTAL</th><th>B.CALC ICMS</th><th>VALOR ICMS</th><th>VALOR IPI</th><th>ALIQUOTAS ICMS</th><th>ALIQUOTAS IPI</th></tr><tr><td>031578</td><td>AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T22966 Q: 220,00 00 F: 30/06/20 V: 30/06/2023 L: T23002 Q: 280,0000 F: 29/06/20 V: 29/06/2023</td><td>62101000</td><td>000</td><td>5102</td><td>PC</td><td>500,00</td><td>12,82</td><td>6.410,00</td><td>6.410,00</td><td>1.153,80</td><td>0,00</td><td>18,00</td><td>0,00</td></tr><tr><td>031047</td><td>TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 2004-DC Q: 900,00 00 F: 30/05/20 V: 30/05/2025</td><td>63079010</td><td>000</td><td>5102</td><td>PC</td><td>900,00</td><td>0,13</td><td>117,00</td><td>117,00</td><td>21,06</td><td>0,00</td><td>18,00</td><td>0,00</td></tr></table>		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	031578	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T22966 Q: 220,00 00 F: 30/06/20 V: 30/06/2023 L: T23002 Q: 280,0000 F: 29/06/20 V: 29/06/2023	62101000	000	5102	PC	500,00	12,82	6.410,00	6.410,00	1.153,80	0,00	18,00	0,00	031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 2004-DC Q: 900,00 00 F: 30/05/20 V: 30/05/2025	63079010	000	5102	PC	900,00	0,13	117,00	117,00	21,06	0,00	18,00	0,00				
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																																		
031578	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L: T22966 Q: 220,00 00 F: 30/06/20 V: 30/06/2023 L: T23002 Q: 280,0000 F: 29/06/20 V: 29/06/2023	62101000	000	5102	PC	500,00	12,82	6.410,00	6.410,00	1.153,80	0,00	18,00	0,00																																		
031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L: 2004-DC Q: 900,00 00 F: 30/05/20 V: 30/05/2025	63079010	000	5102	PC	900,00	0,13	117,00	117,00	21,06	0,00	18,00	0,00																																		
CÁLCULO DO ISSQN <table><tr><td>INSCRIÇÃO MUNICIPAL</td><td>VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS</td><td>BASE DE CÁLCULO DO ISSQN</td><td>VALOR DO ISSQN</td></tr><tr><td>550516029</td><td>0,00</td><td>0,00</td><td>0,00</td></tr></table>		INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN	550516029	0,00	0,00	0,00																																						
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: 16800000 UF: SP País: BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. UTI MIRANDÓPOLIS CONVENIO 0107/2017 08/2020 Pedido: 1690666 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1690666 *** O pagamento devera ser feito anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclaresense.com.br ou no Setor de Cobranca Privado: AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODALIDADE DE ENTREGA / 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 11 / 08 / 2020 ASS. <u>hodor</u>																																													

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100834337172783890000332455

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	92.105
NOSSO NUMERO	17115360000834337
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	25/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.324,55
VALOR COBRADO	3.324,55

=====

NR.AUTENTICACAO 1.507.697.98E.BF7.1F2

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 12 / 08 / 20
ASS. Leibel C. de Souza

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

BANCO DO BRASIL

00190000090224871700700023372170183940000032172

BENEFICIARIO:

CENTER M C M PAPEIS LTDA

NOME FANTASIA:

CENTER MAQ COMERCIO DE MAQUINAS E P

CNPJ: 62.771.316/0001-34

PAGADOR:

ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL

CNPJ: 45.349.461/0001-02

NR. DOCUMENTO 92.106
NOSSO NUMERO 22487170000023372
CONVENIO 02248717
DATA DE VENCIMENTO 30/09/2020
DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO 321,72
VALOR COBRADO 321,72

NR.AUTENTICACAO 1.CE8.99C.EA2.F3B.531

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

	NOTA DE LOCAÇÃO FATURA Nº 000020924 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 000020924 Data Emissão 16/09/2020
--	--	--	---	--

Nº Fatura 000020924	Valor R\$ 321,72	Vencimento 30/09/2020
------------------------	---------------------	--------------------------

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 VINTE E UM REAIS E SETENTA E DOIS CENTAVOS

Discriminação	Qtde.	Vr. Unit.	Desconto	Total R\$
LOCACAO DE EQPTO REPROGRAFICO (MRL) PARCELA DE LOCACAO DA MAQUINA COPIADORA PERIODO 16/08/2020 A 16/09/2020, CONTRATO N.01178/2017-6414 COM EXCEDENTE DE 2362 COPIAS A R\$ 0,060 = R\$ 141,72	1	321,72		321,72
Valor total da nota R\$			0,00	321,72

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.

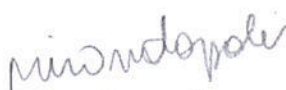
	001-9	00190.00009 02248.717007 00023.372170 1 83940000032172
--	--------------	--

Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO				Vencimento 30/09/2020
Beneficiário CENTER MAQ COM DE MAQUINAS E PAPEIS LTDA - CNPJ: 62.771.316/0001-34 RUA MARTIN WESTPHAL, 220 BAIRRO: DISTRITO DE LÁCIO - MARILIA (SP) CEP: 17539-				Agência / Código Beneficiário 0141-4/00100131-0
Data do Documento 16/09/2020	Número do Documento 000020924/1	Espécie Doc. DM	Aceite N	Nosso Número 22487170000023372
Uso do Banco	Carteira 17	Moeda R\$	Quantidade	(=) Valor do Documento 321,72

Instruções (Texto de Responsabilidade do Beneficiário.) NAO DISPENSAR JUROS DE MORA COBRAR JUROS DE R\$ 0,43 AO DIA NAO CONCEDER DESC. PROTESTAR APOS 5 DIAS MULTA DE 2,00 % A PARTIR DE 30/09/2020	Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis Tipo de Despesa: Custeio	(-) Desconto (-) Outras Deduções / Abatimentos (+) Mora / Multa / Juros (+) Outros Acréscimos (=) Valor Cobrado
---	--	---

Pagador: ASSOC. HOSPITALAR BENEF. DO BRASIL (6414) AV JOSE A RODRIGUES 303 SALA 03 16400-400 JARDIM ARIANO LINS SP	CPF / CNPJ 45.349.461/0001-02 Código de Baixa 22487170000023372
Pagador/Avalista	

	Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação
--	--



04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0002

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL
=====

00190615712219623359100002034312483940000052160
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	92.107
NOSSO NUMERO	6157221962
CONVENIO	00000000
DATA DE VENCIMENTO	30/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	521,60
VALOR COBRADO	521,60

=====

NR.AUTENTICACAO E.BB1.AD9.33A.80E.127

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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 92242
SERIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
3520 0804 0278 9400 0750 5500 1000 0922 4210 0090 9440

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

PROTOCOLO AUTORIZACAO DE USO
135200759618610 31/08/2020 16:00:55

NATUREZA DA OPERACAO
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
31/08/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303

BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA
31/08/2020

MUNICÍPIO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA
15:57

FATURA / DUPLICATA

001 30/09/2020 521.60

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
521,60	62,59	0,00	0,00	521,60
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				521,60

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 SÃO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
QUANTIDADE 1	ESPECIE CAIXAS	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO 3,50	PESO LÍQUIDO 3,50

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND	QUANT	V UNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
22030	AMICACINA 500MG 50/2ML GEN -NOVAPA- RAMPOLA (Lote: 78PE1845, Qtde: 4, Dt Val: 31/05/2022 ,Data Fab: 01/05/20- 20)	30049099	000	5102	CX	4	130.4000	521.60	521.60	62.59		12.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48 HORAS APÓS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A
CONFERÊNCIA DO PEDIDO NO ATO
UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO - 0107/2017A/C LAIS 18 99143-9531. Endereço de entrega
UTI - almoxarifado- Mirandópolis.
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENEICOSSP 16005/2015
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF-ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 62,59, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 62,59
Pedido: 104189
Representante: REGIAO SJRP - (VITOR)

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 01/09/2020
ASS.

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000030171153600100841215171483940000166454

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 92.108

NOSSO NUMERO 17115360000841215

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 30/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.664,54

VALOR COBRADO 1.664,54

=====

NR.AUTENTICACAO 3.AA7.49D.4AB.01E.B50

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1341466 FL 1/2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0967 7291 7800 0491 5500 1001 3414 6617 3320 8440

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

135200769793858 02/09/2020 15:44:43

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/09/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

02/09/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPPLICATA

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPPLICATA

VENCIMENTO

VALOR

FATURA/DUPPLICATA

VENCIMENTO

VALOR

1341466/1

30/09/2020

1.664,54

1341466/2

14/10/2020

1.664,54

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

3.208,10

VALOR DO ICMS

551,06

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUTO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

3.329,08

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

3.329,08

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

7,00

ESPÉCIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,02980

PESO BRUTO

28,030

PESO LÍQUIDO

28,030

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS 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	10,50	21,00	21,00	3,78	0,00	18,00 0,00
030366	TIRAS REAGENTES N/INDIV (MEDLEVENSOHN) L. 1290563 Q. 500,0000 F. 20/03/20 V. 19/03/2022	38220090	700	5102	TI	500,00	0,561	280,50	280,50	50,49	0,00	18,00 0,00
026125	FRALDA GERIÁTRICA EG (IRIS/MAXICONFOR) L. 5127 Q. 70,0000 F. 03/08/20 V. 30/08/2023	96190000	000	5102	PC	70,00	1,4043	98,30	98,30	17,69	0,00	18,00 0,00
031047	TOUCA SANFONADA (DESCARTEE) L. 2004-DC Q. 500,00 F. 30/05/20 V. 30/05/2025	63079010	000	5102	PC	500,00	0,1532	76,60	76,60	13,79	0,00	18,00 0,00
030904	AVENTAL DE PROCEDIMENTO GR 20 (MEDICAL) L. ATNT 222008 00017 Q. 500,0000 F. 01/08/20 V. 30/08/2022	63079010	000	5102	PC	500,00	3,53	1.765,00	1.765,00	317,71	0,00	18,00 0,00
029394	SERINGA GASOMETRIA LL 3ML (BD BECTON) L. 0107189 Q. 200,0000 F. 16/04/20 V. 30/04/2022	90183119	200	5102	PC	200,00	2,20	440,00	440,00	52,80	0,00	12,00 0,00
000701	SONDA FOLEY 2 VIAS 30CC No 16 (LABOR IMPORT/ISO) L. 09319111 Q. 10,0000 F. 30/11/19 V. 30/11/2024	90183921	700	5102	PC	10,00	3,04	30,40	30,40	5,47	0,00	18,00 0,00
040024	LUVA DE PROCEDIMENTO G NITRILE S/TALCO (MEDIV) L. 20030104 Q. 1.000,0000 F. 30/03/20 V. 30/03/2023	40151900	200	5102	PC	1.000,00	0,4963	496,30	496,30	89,33	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: 4637450001247-AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro-Distrito CENTRO Município MIRANDÓPOLIS-CEP 16800000 UF: SP País BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - RECLAMAÇÕES APÓS 48hs DO RECEBIMENTO DATA ENTREGA 03/09/2020 Pedido: 1708996 (atPedido Cliente) 1708996 *** O pagamento deverá ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não seja realizado através do e-mail boletos@rioclarenses.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobrança Privado Fone 122375-2 ** ASS 1302/16 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIÁRIO / TIPO ENTREGA 1302/16 12% cf. art 54, Inc XV, RICMS/SP Dec 454/00 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 ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro-Distrito CENTRO Município MIRANDÓPOLIS-CEP 16800000 UF: SP País BRASIL

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 3 19/10/20
ASS: *[Assinatura]*

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

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC LUIZ M. MARCONATO 1000 - NÚCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -
JAGUARIUNA - SP
CNPJ 132189073 - 1935222800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1341466 FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0967 7291 7800 0491 5500 1001 3414 6617 3320 8440

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

135200769793858 02/09/2020 15:44:43

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
023163	SONDA ALIMENTACAO ENTERAL C/GUIA No12 (SOLUMED) J L 5225 Q 15.0000 F 01/08/20 V 30/08/2022 *Isenção conf. Anexo I, Art 14, RICMS/2000-SP (Conv 01/99)	90183921	040	5102	PC	15,00	8,0652	120,98	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 Marandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100841154172183940000246600

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 92.109

NOSSO NUMERO 17115360000841154

CONVENIO 01711536

DATA DE VENCIMENTO 30/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 2.466,00

VALOR COBRADO 2.466,00
=====

NR.AUTENTICACAO 1.DB8.FC6.D30.41A.A97
=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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 - NÚCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIE - JARDIM ARIANO - SP CNPJ 139169134 - 19352258/01		DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 1341394 FL 1 / 1 SÉRIE 1		 CHAVE DE ACESSO 3520 0967 7291 7800 0491 5500 1001 3413 9417 3320 8440 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autonzadora PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200769413568 02/09/2020 14:39:37																													
NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DENTRO ESTADO INSCRIÇÃO ESTADUAL 395060142110		INSCR EST SUBS TRIBUTARIO CNPJ 67.729.178/0004-91																															
DESTINATÁRIO REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303 MUNICÍPIO LINS				Bairro / Distrito JARDIM ARIANO CEP 16400-400 UF SP INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114																													
FATURA/ DUPLICATA FATURA/DUPLIC 1341394/1 VENCIMENTO 30/09/2020 VALOR 2.466,00		FATURA/DUPLIC 1341394/2 VENCIMENTO 14/10/2020 VALOR 2.466,00																															
CALCULO DO IMPOSTO BASE DE CALCULO DO ICMS 4.932,00 VALOR DO ICMS 887,76 BASE DE CALCULO DO ICMS ST 0,00 VALOR DO ICMS SUBSTITUTO 0,00 VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 4.932,00		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 4.932,00																															
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME - RAZÃO SOCIAL NIKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. ENDEREÇO R MARIA CERON VOLPE 2260 MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO QUANTIDADE 10,00 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA 0,03138 FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente CODIGO ANTT PLACA DO VEÍCULO UF SP CNPJ 15.066.184/0001-60 INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114 PESO BRUTO 54,600 PESO LÍQUIDO 54,600																																	
DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>CODIGO</th> <th>DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO</th> <th>NCM / SH</th> <th>CST</th> <th>CFOP</th> <th>UN</th> <th>QUANT</th> <th>VALOR UNITARIO</th> <th>VALOR TOTAL</th> <th>B CALC ICMS</th> <th>VALOR ICMS</th> <th>VALOR IPI</th> <th>ALÍQUOTAS ICMS</th> <th>ALÍQUOTAS IPI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>031578</td> <td>AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L T22610 Q 400,00 00 F 08/05/20 V 08/05/2023</td> <td>62101000</td> <td>000</td> <td>5102</td> <td>PC</td> <td>400,00</td> <td>12,33</td> <td>4.932,00</td> <td>4.932,00</td> <td>887,76</td> <td>0,00</td> <td>18,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>						CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI	031578	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L T22610 Q 400,00 00 F 08/05/20 V 08/05/2023	62101000	000	5102	PC	400,00	12,33	4.932,00	4.932,00	887,76	0,00	18,00	0,00
CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI																				
031578	AVENTAL CIRCULACAO (VENKURI) L T22610 Q 400,00 00 F 08/05/20 V 08/05/2023	62101000	000	5102	PC	400,00	12,33	4.932,00	4.932,00	887,76	0,00	18,00	0,00																				
CALCULO DO ISSQN INSCRIÇÃO MUNICIPAL 550516029 VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00 BASE DE CALCULO 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 16800000 UF SP País BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES APOS 48hs DO RECEBIMENTO PEDIDO 4767 DATA ENTREGA 03/09/2020 Pedido 1708989 Autorização de Compra(Pedido Cliente) 1708989 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota fiscal, caso não 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 130216 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO / TIPO ENTREGA EXPRESSA LOCAL DE ENTREGA Endereço AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF SP País BRASIL(Código Interno Emitente 4768 Nome Fantasia ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL) LOCAL DE ENTREGA AV. DR. RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro/Distrito CENTRO Município MIRANDOPOLIS UF SP País BRASIL.																																	
RESERVADO AO FISCO AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS RECEBIDO 3 12/10/20 ASS: <i>[Assinatura]</i>																																	

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0007

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO DO BRASIL

00190000090171153600100841200173183940000200586

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	92.110
NOSSO NUMERO	17115360000841200
CONVENIO	01711536
DATA DE VENCIMENTO	30/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	2.005,86
VALOR COBRADO	2.005,86

=====

NR.AUTENTICACAO	E.B48.27F.1F0.AE5.8BD
-----------------	-----------------------

=====

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

F.C. 14.111.40 MARCONATO, 1006 - NÚCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JARDIM ARIANO - SP
CNPJ 1341452-1**DANFE**
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA0 - ENTRADA
1 - SAÍDANº. 1341452 FL 1/2
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO

3520 0967 7291 7800 0491 5500 1001 3414 5212 5467 6120

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

135200769634841 02/09/2020 15:17:59

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

CNPJ / CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/09/2020

ENDEREÇO

AV JOSE ARIANO RODRIGUES 303

BAIRRO / DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

02/09/2020

MUNICÍPIO

LINS

FONE / FAX

1836591243

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPPLICATA

FATURA/DUPLOC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLOC	VENCIMENTO	VALOR
1341452/1	30/09/2020	2.005,86	1341452/2	14/10/2020	2.005,85			

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
4.011,71	544,72	0,00	0,00	4.011,71	
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	4.011,71

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

3,00

ESPECIE

VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

0,00024

PESO BRUTO

15,061

PESO LÍQUIDO

15,061

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
029493	OMEPRAZOL 20MG (CIFARMA) L. 1MD36 Q 270,0000 F. 01/04/20 V. 30/04/2022	30049069	000	5102	CA	270,00	0,0908	24,52	24,52	4,41	0,00	18,00	0,00
017282	DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML (FARMACE) L. DP20D1 66 Q 100,0000 F. 20/04/20 V. 20/04/2022	30039099	000	5102	AP	100,00	0,5584	55,84	55,84	10,05	0,00	18,00	0,00
010304	PIPERACILINA 40G - TAZOBACTAM 0,5G (NOVAFAR/FRES EN) (ITEM GENEICO) L. 78PE1982 Q 100,0000 F. 26/05/20 V. 26/05/2022	30041019	000	5102	FA	100,00	21,40	2.140,00	2.140,00	256,80	0,00	12,00	0,00
028292	BROMOPRIDA 10MG/2ML (UNIAO QUIMICA) (ITEM GENERICO) L. 2013491 Q 200,0000 F. 30/04/20 V. 30/04/2023, nFCI 3 16B68BD-BA54-454A-9CE4-C0E37BCD5FFE	30049045	500	5102	AP	200,00	0,98	196,00	196,00	23,52	0,00	12,00	0,00
031409	FUROSEMIDA 20MG/2ML (FARMACE) L. FS20G051 Q 10 0,0000 F. 30/07/20 V. 30/07/2022	30039086	000	5102	AP	100,00	0,5584	55,84	55,84	10,05	0,00	18,00	0,00
027051	DOBUTAMINA 250MG, CLORIDRATO (HYPOFARMA) (ITEM GENEICO) L. 20060878 Q 50,0000 F. 30/06/20 V. 30/06/2022	30039099	000	5102	AP	50,00	7,049	352,45	352,45	42,29	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LOCAL DE ENTREGA 46374500001247-AV DR RAUL DA CUNHA BUENO 585 Bairro-Distrito: CENTRO Município MIRANDOPOLIS CEP 16800000 UF: SP País BRASIL. PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - OS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. PEDIDO 4769 DATA ENTREGA: 03/09/2020 Pedido de Compra(Pedido Cliente) 1709007 *** O pagamento devera ser realizado através do boleto anexo a nota entre em contato através do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Faturamento 1.04397-7 ** AE 1.22375-2 ** ASS 1102/16 Validade 23/01/2021 MODAL RODOVIARIO / TIPO ENTREGA 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 3 19/20

ASS. *Debel P. 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 Brandt Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Identificação do emitente



COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA

PC: LAMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF -

JAGUARIUNA - SP

CNPJ: 13916973 - 1935275800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 1341452 FL 2 / 2

SÉRIE 1



CHAVE DE ACESSO

3520 0967 7291 7800 0491 5500 1001 3414 5212 5467 6120

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

135200769634841 02/09/2020 15:17:59

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DENTRO ESTADO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

395060142110

INSCR EST SUBS TRIBUTARIO

CNPJ

67.729.178/0004-91

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
011885	CLINDAMICINA 600MG.FOSFATO (HIPOLABOR) (ITEM GENÉRICO) L. AA-037/20 Q. 100,0000 F. 30/06/20 V. 30/05/2022. nF CI BD7A77BA-119F-4AFD-9E2E-98FD0205AF16	30032099	500	5102	AP	100,00	2,68	268,00	268,00	32,16	0,00	12,00	0,00
041376	ENOXAPARINA SODICA 20MG/0,2ML (CRISTALIA) L. A123 06A2 Q. 50,0000 F. 21/06/19 V. 31/05/2021	30049099	200	5102	SE	50,00	15,85	792,50	792,50	142,66	0,00	18,00	0,00
030167	CLOREXIDINA 0,12% 250ML (VIC PHARMA) L. C9252 Q. 12,0000 F. 30/06/20 V. 30/06/2022	33069000	000	5102	FR	12,00	7,1487	85,78	85,78	15,44	0,00	18,00	0,00
021991	ESPIRONOLACTONA 25MG (ASPEN) L. B620007 Q. 200,00 00 F. 07/05/20 V. 07/05/2023	30043220	000	5102	CP	200,00	0,2039	40,78	40,78	7,34	0,00	18,00	0,00

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 093196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0004

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000095512309101041283940000060498

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 92.111

DATA DE VENCIMENTO 30/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 604,98

VALOR COBRADO 604,98

NR.AUTENTICACAO B.6FA.A26.A08.D71.97F

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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: Custo



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 465964
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3120 0911 2060 9900 0107 5500 1000 4659 6410 0110 8622

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

131203804995858 02/09/2020 14:49:30

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda a não contribuinte

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DESTINATÁRIO / REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/09/2020

ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BARRIO/DISTRITO
JARDIM ARIANO

CEP
16400-400

DATA ENTRADA/SAÍDA

02 SET. 2020

MUNICÍPIO
LINS

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 30/09/2020 604 98

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
572,93	50,90	0,00	0,00	604,98
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				604,98

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL
ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA

FRETE POR CONTA

0 - DO EMITENTE

CODIGO ANTT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

01125797000540

ENDEREÇO
AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF

MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5250929840006

QUANTIDADE

ESPECIE

MARCA

NUMERO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

2

CAIXA

12,11

12,11

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V UNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
21899	AG.DESC.40 X 12 C/100-SR LT 2837N4 (10)07/25 (Fornecedor: 7737, Lote: 2837N4, Qtde: 10, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 30/07/2025)	90183219	400	6108	CX	10	6.6330	66.33	66.33	7.96		12.00	
25588	EQ.MAC.FL.IL.F/A+P 1,5MT C/25-LAMEDID MOD.24 - EMB.PGC LT 72619041 (5)04/24 (Fornecedor: 4, Lote: 72619041, Qtde: 5, Data Fab: 16/08/2019, Data Val: 30/04/2024)	90189010	200	6108	PCT	5	20.6820	103.41	103.41	4.14		4.00	
26568	LANCETA DE SEGURANCA 28G C/100-DESCARPACK LT SLAKAA008A (5)12/24 (Fornecedor: 918, Lote: SLAKAA008A, Qtde: 5, Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 30/12/2024)	90183999	200	6108	CX	5	17.8500	89.25	89.25	3.57		4.00	
29156	MASCARA TRIPLA C/CLIPS TIRAS C/100-DEJAMA-RO LT 2DM3071414 (2)07/23 (Fornecedor: 24-90, Lote: 2DM3071414, Qtde: 2, Data Fab: 13/08/2020, Data Val: 22/07/2023)	63079010	000	6108	PCT	2	65.0000	130.00	130.00	15.60		12.00	
28864	C.G.7,5 X 7,5 11F EST.C/10 CX440-CURAMAX LT 61 (1)04/25 (Fornecedor: 2438, Lote: 61, Qtde: 1, Data Fab: 02/04/2020, Data Val: 02/04/2025)	30059090	000	6108	CX	1	153.3000	153.30	153.30	18.40		12.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017# R 43 6
ITENS 2 a 3,7 Alíquota para produtos importados (Resolução 13.2012 do Senado Federal).
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da parcela para UF de Destino: R\$ 52,25
Pedido: 433864
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585, MIRANDÓPOLIS - 16800-000.
MIRANDÓPOLIS-SP - Horário: COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII de art. 222 do RICMS/MG
Setor de Cobrança: (11)4934-1569 / 4934-1673 / 4934-1671
QUALQUER INCONFORMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO PÓS-VENDAS NO NÚMERO (11) 4934-1703
Nota: 3 Cubagem: 0,11

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 09/09/2020

ASS.

mercadorias avariadas, ou faltas
serão responsabilidade do remetente
no recolhimento de transportes.

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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG.
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 465964
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0911 2060 9900 0107 5500 1000 4659 6410 0110 8622

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

131203804995858 02/09/2020 14:49:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ

11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V UNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
28844	COL SECRECAO BRONQUINHO 120ML NEDSHARP LT BR2042009E (6)04/22 (Fornecedor: 4, Lote: BR2042009E, Qtde: 6 ,Data Fab: 11/05/2020, Data Val: 30/04/2022)	90183929	440	6108	UND	6	5.3417	32.05					
27486	TAMPA LUER MACHO/FEMEA C/100-BIOBASE LT 20191130 (2)12/24 (Fornecedor: 2414, Lote: 20191130, Qtde: 2 ,Data Fab: 01/12/- 2019, Data Val: 01/12/2024)	90183999	200	6108	CX	2	15.3200	30.64	30.64	1.23		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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000095512304001048383940000124125

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 92.112

DATA DE VENCIMENTO 30/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 1.241,25

VALOR COBRADO 1.241,25

=====

NR.AUTENTICACAO F.4D3.9C0.889.E5B.568

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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 - Galpão 26,
300 - Laranja Azeda - APUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 115058
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1150 5810 0056 4900

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

135200769370367 02/09/2020 14:32:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda de Merc Adq de Terc.

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DESTINATÁRIO - REMETENTE

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

CNPJ/CPF

45.349.461/0001-02

DATA DA EMISSÃO

02/09/2020

ENDERECO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM ARIANO

CEP

16400-400

DATA ENTRADA/SAIDA

02 SET 2020

MOD. CIPRO
LINS

FONE/FAX
1435325198

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

FATURA - DUPLICATA

001 30/09/2020 1.241,25

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.241,25	180,08	0,00	0,00	1.241,25
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPT
0,00	0,00		0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				1.241,25

TRANSPORTADOR - VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME - RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUICAO E LOGISTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000701
ENDERECO RUA SALVADOR RODRIGUES PRADO, 200	MUNICIPIO SAO PAULO			UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 149529966118
QUANTIDADE 11	ESPECIE CAIXA	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 34,44	PESO LÍQUIDO 34,44

DADOS DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPT	AL ICMS	AL IPT
24050	QUETIPIN(C1) 25MG 30CP REV.-CRISTALIA (FORT.344/98) LT 20010951 (7) 01/2022 (Fornecedor: 727, Lote: 20010951, Qtde: 7, Data Fab: 22/01/2020, Data Val: 22/01/20- 22)	30049079	000	5102	CX	7	6.8529	47.97	47.97	8.63		18.00	
13477	INSUNORM N 100UI 1FAM 10ML SC-ASPEN PHARMA 2 A 8 LT BF18006783 (2) 11/2020 (Forneced- dor: 58, Lote: BF18006783, Qtde: 2, Data Fab: 31/12/2018, Data Val: 30/11/2020)	30043100	300	5102	FR	2	16.1850	32.37	32.37	5.83		18.00	
28553	DORMEC 100MG CX C/200CP-IMEC LT 0457913 (1) 07/2022 (Fornecedor: 1641, Lote: 0457- 913, Qtde: 1, Data Fab: 01/07/2020, Data Val: 31/07/2022)	30049024	000	5102	CX	1	11.5600	11.56	11.56	2.08		18.00	
3422	AGUA P/ INJEÇÃO 200AMP 10ML PL-EQUIPLEX LT 2031019 (5) 05/2022 (Fornecedor: 104, Lo- te: 2031019, Qtde: 5, Data Fab: 01/05/202- 0, Data Val: 31/05/2022)	30049099	500	5102	CX	5	57.6940	288.47	288.47	51.92		18.00	
28908	CL.SODIO 20% 200AMP 10ML PL-FARMARIN LT 0929/20 (1) 05/2022 (Fornecedor: 6434, Lote: 0929/20, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2- 020, Data Val: 31/05/2022)	30049099	000	5102	CX	1	49.8300	49.83	49.83	8.97		18.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AV. MIRAVILHINHA, 111 - UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017

CEP: 13500-000

END. ENTREGA: AV. DR. RAUL DA CUNHA EDENIO, 565 - MIRANDÓPOLIS - 13600-000

MIRANDÓPOLIS-SP - Horário: COMERCIAL

Atende a preferência no Regime Especial de Distribuidor Hospitalar 036035/2018 nos
termos da Portaria CAT 116/2017

Atende às necessidades: (11) 4934-1669 / 4934-1673 / 4934-1671

Atende a INCONFIRMIDADE NA ENTREGA, ENTRE IMEDIATAMENTE EM CONTATO COM NOSSO

Atende ao número: (11) 4934-1703

Atende a 3 Carregem: 0107

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS

RECEBIDO 23/09/20

ASS. *[Assinatura]*

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

**URGENTE
PERECÍVEL**

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

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICASUPERMED COM. E IMP. DE
PROD. MED. E HOSPIT. LTDAAvenida Tower Automotiva - Galpao 26,
300 - Laranja Azeda - ARUJA, SP,
CEP:07430350, Fone:0000-0000-00000-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 115058
SERIE 1
FOLHA 2/2

CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1150 5810 0056 4900

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

135200769370367 02/09/2020 14:32:01

NATUREZA DA OPERAÇÃO
Venda de Merc. Adq. de Terc.INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
12464	SOL. DE MANITOL 20% 40FR 250ML-SANOBIOL LT 20010863 (1) 01/2022 (Fornecedor: 2591, Lote: 20010863, Qtde: 1, Data Fab: 01/01/- 2020, Data Val: 30/01/2022)	30049099	000	5102	CX	1	156,1800	156,18	156,18	18,74		12,00	
5476	CEFTRIAXONA 1G IV/IM 50FAM GEN-EUROFARM LT 666010A (1) 07/2022 (Fornecedor: 1088, Lo- te: 666010A, Qtde: 1, Data Fab: 10/07/202- 0, Data Val: 01/07/2022)	30042059	000	5102	CX	1	566,2200	566,22	566,22	67,95		12,00	
12565	LIDOCAINA(XYLESTESIN)2% GEL 10TB.30G EST-CRISTALIA LT 19120258 (1) 12/2021 (Fornecedor: 727, Lote: 19120258, Qtde: 1 ,Data Fab: 01/12/2019, Data Val: 31/12/20- 21)	30049043	000	5102	CX	1	50,8600	50,86	50,86	9,15		18,00	
22591	CLOREXIDINA TOP AQUOSA 1% 100ML CX C/2- 4-VIC PHARMA LT M27331 (1) 05/2022 (Forne- cedor: 7744, Lote: M27331, Qtde: 1, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 30/05/2022)	30039099	000	5102	CX	1	37,7900	37,79	37,79	6,81		18,00	

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0003

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

03399484570130000095512307501044383940000311804

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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	92.113
DATA DE VENCIMENTO	30/09/2020
DATA DO PAGAMENTO	21/09/2020
VALOR DO DOCUMENTO	3.118,04
VALOR COBRADO	3.118,04

=====

NR.AUTENTICACAO B.8E9.05B.EC4.CD2.FB3

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

SAC BB
0800 729 0722
Informacoes, reclamacoes, 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



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

Avenida Tower Autorizativa - 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 115099
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3520 0911 2060 9900 0441 5500 1000 1150 9910 0032 8702

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

135200769642274 02/09/2020 15:19:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL
188.070.970.117

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.206.099/0004-41

DADOS DOS PRODUTOS - SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V UNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
16983	LUVA P/ PROCED.N.EST.M C/10-NUGARD LT 350-1840 (5) 05/2024 (Fornecedor: 7976, Lote: 3501840, Qtde: 5, Data Fab: 01/06/2019, Data Val: 31/05/2024)	40151900	200	5102	CX	5	439.0340	2.195,17	2.195,17	395,13		18,00	
27185	AT. CREPE 15X4,5 (1,8115F DZ-ORTOM LT 31/07 (12) 07/2025 (Fornecedor: 7659, Lote: 31/-07, Qtde: 12, Data Fab: 27/07/2020, Data Val: 27/07/2025)	90211020	040	5102	DZ	12	5.9400	71,28					
23675	LUVA P/PROC.E.N.EST.VINIL P C/1-0-DANNY LT DCSV-010/18 (1) 06/2023 (Fornecedor: 2413, Lote: DCSV-010/18, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2018, Data Val: 30/06/2023)	39262000	200	5102	CX	1	357.6000	357,60	357,60	64,37		18,00	
28374	SERINGA DESC.10ML SLIP C/450-INJEX LT 168-8/19 (3) 10/2024 (Fornecedor: 138, Lote: 1688/19, Qtde: 3, Data Fab: 03/10/2019, Data Val: 03/10/2024)	90183119	000	5102	CX	3	100.1433	300,43	300,43	36,05		12,00	
21840	INFUSOR MULT.2V C/CLAMP PGC C/4-0-DESCARP LT SEUUA00014 (1) 07/2024 (Fornecedor: 918, Lote: SEUUA00014, Qtde: 1, Data Fab: 01/08/2019, Data Val: 31/07/2024)	90159010	200	5102	PCT	1	28.0000	28,00	28,00	5,04		18,00	

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

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0005

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

=====

03399484570130000095512310501049883940000471555

BENEFICIARIO:

BANCO SOFISA S/A

NOME FANTASIA:

BANCO SOFISA S/A

CNPJ: 60.889.128/0001-80

BENEFICIARIO FINAL:

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 92.114

DATA DE VENCIMENTO 30/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 4.715,55

VALOR COBRADO 4.715,55

=====

NR.AUTENTICACAO 4.AB5.035.F98.D64.ED1

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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**Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA0-ENTRADA
1-SAIDANº 465965
SERIE 1
FOLHA 1/2

CHAVE DE ACESSO

3120 0911 2060 9900 0107 5500 1000 4659 6510 0054 3586

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

131203804995870 02/09/2020 14:49:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296INSC. 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
45.349.461/0001-02DATA DA EMISSÃO
02/09/2020ENDEREÇO
AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 SALA 03BAIRRO/DISTRITO
JARDIM ARIANOCEP
16400-400DATA DE ENTREGA
02/09/2020MUNICÍPIO
LINSFONE/FAX
1435325198UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

001 30/09/2020 4.715,55

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
4.715,55	423,95	0,00	0,00	4.715,55
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	0,00
				4.715,55

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL ATIVA DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA LTDA	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CODIGO ANTI	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ/CPF 01125797000540
ENDEREÇO AVENIDA PREFEITO OLAVO GOMES DE OLIVEIRA, 6730	MUNICÍPIO POUSO ALEGRE	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL 5250929840006		
QUANTIDADE 1	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO 4,82	PESO LÍQUIDO 4,82

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V UNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
14586	ENOXALON 60MG 10SER.PREENC.0,6ML-BIAU LT 20070957 (5)07/22 (Fornecedor: 47, Lo- te: 20070957, Qtde: 5, Data Fab: 02/07/20- 20, Data Val: 02/07/2022)	30049099	000	6108	CX	5	274.8660	1.374.33	1.374.33	164.92		12.00	
14587	ENOXAPARINA (ENOXALON) 80MG 10 SE- RINGAS-BLAUSIEGEL LT 19050887 (3)04/21 (Fornecedor: 47, Lote: 19050887, Qtde: 3, Data Fab: 01/04/2019, Data Val: 30/04/20- 21)	30049099	300	6108	CX	3	314.3700	943.11	943.11	37.72		4.00	
3038	NOREPINEFRINA 2MG/ML (HYPONOR) 5- 0AMP 4ML (8MG)-HYPOFARMA LT 20081325 (2)0- 8/22 (Fornecedor: 131, Lote: 20081325, Qtde: 2, Data Fab: 01/08/2020, Data Val: 30/08/2022)	30039099	000	6108	CX	2	465.0000	930.00	930.00	111.60		12.00	
4945	NITROP 25MG/ML 1AMP 2ML-HYPOFARMA LT 2005- 0770 (6)05/22 (Fornecedor: 131, Lote: 200- 50770, Qtde: 6, Data Fab: 01/05/2020, Data Val: 31/05/2022)	30039099	000	6108	CX	6	24.0000	144.00	144.00	17.28		12.00	
24930	SINAVASTATINA 40MG 30CP GEN-CIMED LT 20044- 11 (1)02/22 (Fornecedor: 1666, Lote: 2004- 411, Qtde: 1, Data Fab: 01/02/2020, Data Val: 28/02/2022)	30039069	000	6108	CX	1	4.8200	4.82	4.82	0.58		12.00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

UTI MIRANDÓPOLIS - CONVENIO 0107/2017* R 43 2
ITENS 2,7 Aliquota para produtos importados (Resolução 13/2012 do Senado Federal,
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 424,85
Pedido: 433865
End. Entrega: AV.DR.RAUL DA CUNHA BUENO,585 - MIRANDÓPOLIS - 16800-000,
MIRANDÓPOLIS-SP - Horário : COMERCIAL
Empresa Enquadrada como Dist. Hospitalar nos termos do Inc. XVII do art. 322 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
Nota....: 3 Cubagem: 0,03

RESERVADO AO FISCO

AHBB - UTI MIRANDÓPOLIS
RECEBIDO 09/09/20
ASS.

Mercadorias avariadas, ou faltas
serão responsabilidade das
no armazenamento de transportes.

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



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

Rua Projetada, s/n, Itaim - CAMBUI, MG,
CEP:37600000, Fone:0000-0000-0000

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA

1

Nº 465965
SERIE 1
FOLHA 2/2



CHAVE DE ACESSO

3120 0911 2060 9900 0107 5500 1000 4659 6510 0054 3586

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

131203804995870 02/09/2020 14:49:30

INSCRIÇÃO ESTADUAL
001.771.1480296

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO
813.020.011.119

CNPJ
11.206.099/0001-07

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS/SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QUANT	V UNIT	V TOTAL	BC ICMS	V ICMS	V IPI	AL ICMS	AL IPI
1238	OPRAZON 40MG PO INJ.20FAM-DIL.10ML-BLAU LT 20061260 (1)06/22 (Fornecedor: 47, Lote: 20061260, Qtde: 1, Data Fab: 01/06/2020, Data Val: 30/06/2022)	30049069	000	6108	CX	1	488,5000	488,50	488,50	58,62		12,00	
14585	ENOXALOW 40MG 10SER.PREENC.0,4ML-BLAU LT 19060660 (5)03/21 (Fornecedor: 47, Lo- te: 19060660, Qtde: 5, Data Fab: 01/03/20- 19, Data Val: 31/03/2021)	30049099	300	6108	CX	5	166,1580	830,79	830,79	33,23		4,00	

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.04
6790306790 SEGUNDA VIA 0003
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE
TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL
CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL
AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9
=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA
REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL
BANCO: 341 - ITAU UNIBANCO S.A.
AGENCIA: 0049-3 - SAO CARLOS SP
CONTA: 42.122-5

FAVORECIDO: WINTER - GESTAO E CONSULTORIA MEDIC
CPF/CNPJ: 26.392.666/0001-26
VALOR: R\$ 100.794,90
DEBITO EM: 21/09/2020
=====

DOCUMENTO: 092115
AUTENTICACAO SISBB: 0.614.456.036.888.B80

		PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 335					
Data e Hora da Emissão		21/09/2020 09:45:11		Competência		21/9/2020		Código de Verificação		FHAPADM8E	
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 Agosto 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- 090195 - Hospital Estadual
 Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
 Tipo de Despesa: Custeio

04/10/2020 - BANCO DO BRASIL - 16:17:04
679006790 0006

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DE TITULOS

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

=====

BANCO BRADESCO S.A.

23790601029023800000544000107704283850000068000

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 92.116

DATA DE VENCIMENTO 21/09/2020

DATA DO PAGAMENTO 21/09/2020

VALOR DO DOCUMENTO 680,00

VALOR COBRADO 680,00

=====

NR.AUTENTICACAO E.9F4.D78.96C.BA3.012

=====

Central de Atendimento BB

4004 0001 Capitais e regioes metropolitanas

0800 729 0001 Demais localidades.

Consultas, informacoes e servicos transacionais.

SAC BB

0800 729 0722

Informacoes, reclamacoes, 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 RS 680,00	NF-e Nº: 000.124.991 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 000.124.991 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 0851 9436 4500 0107 5500 1000 1249 9110 0464 0320 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA PRODUCAO PROPRIA		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200726336877 - 21/08/2020 15:35:35
	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 21/08/2020
ENDEREÇO AV JOSE ARIANO RODRIGUES, 303	BAIRRO/DISTRITO JARDIM ARIANO	CEP 16400-400	DATA DE SAÍDA/ENTRADA 21/08/2020
MUNICÍPIO LINS	FONE/FAX (14) 3541-1544	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA 15:36:14

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	21/09/2020	680,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS 0,00		VALOR DO ICMS 0,00		BASE DE CALCULO ICMS ST 0,00		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 680,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 110,16		VALOR TOTAL DA NOTA 680,00		

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL PERI SERVICOS DE COMUNICACAO LTDA.		FRETE POR CONTA 0 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF 57.185.621/0001-04
ENDEREÇO AV. PERI RONCHETTI, 765		MUNICÍPIO SAO PAULO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO	
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE VOLUME	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO 0,980	PESO LÍQUIDO 0,700	

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
CTD20BNW	Cateter para Subclavia D/L CVC, 7Fr x 20cm com acessórios BNW R.O.P.M: 0702040150 L: 35892 QT: 2 L: 35893 QT: 8 RESOLUÇÃO DO SENADO FEDERAL 13/12, No FC19F30847B-54BC-457D-A3 22-DA2812385F55	90183929	5 40	5101	UN	10	68,000000	680,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	110,16

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL 85215163	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS 0,00	BASE DE CALCULO DO ISSQN 0,00	VALOR DO ISSQN 0,00
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	------------------------

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES NOSSO PEDIDO: 99911 - P. PEDIDO DO CLIENTE: E-MAIL 190820. Valor aproximado dos tributos conf. Lei 12.741/2012. Federal: R\$ 28,56 (4,20%); Estadual: R\$ 81,60 (12,00%) Fonte: IBPT. ISENTOS DO ICMS CONFORME ARTIGO CITAVO DO RICMS/00 ANEXO I ARTIGO 14 CONVENIO ICMS 1/99 PRORROGADO PELO CONVENIO ICMS No 133 de 05/07/19.UTI MIRANDOPOLIS CONVENIO 0107/2017	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
--	--

23/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:43:12
679006790 SEGUNDA VIA 0002
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DE CONTA CORRENTE P/ CONTA CORRENTE

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

DATA DA TRANSFERENCIA	23/09/2020
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	D.0D8.AF0.749.26B.7B8
-----------------	-----------------------

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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
2114

Data de Emissão
02/09/2020

Data e Hora da
Competência
02/09/2020 às 12:10:42

Código de Verificação
3716-3163-6232

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 contabilidade@ahbb.org.br

Inf. Comp.

Logradouro AVENIDA-JOSE ARIANO RODRIGUES

Número 303

Bairro JARDIM ARIANO

CEP 16400-400

Município LINS

UF SP

Complemento SALA 03

País BRASIL

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

Serviço	Descrição	Vlr. Unitário	Qtde	Desconto	Aliq. Tribut. (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 À DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

REFERENTE AO SERVIÇO DA UTI MIRANDOPOLIS

VENCIMENTO:

20/09/2020

CONTA PARA DEPOSITO

BANCO DO BRASIL

AG:0058-2

C/C:59599-3

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

TRIBUTOS

PIS (RS)	COFINS (RS)	INSS (RS)	IR (RS)	CSLL (RS)	Outras Retenções (RS)	Outros Tributos (RS)
CIDE (RS)	IOF (RS)	IPI (RS)	ICMS (RS)			

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 934,00

Atividade

3314710-Manutenção e reparação de máquinas e equipamentos para uso geral não especificados anteriormente

Item da Lista / LCF 116/2003

14.01-LUBRIFICACAO, LIMPEZA, LUSTRACAO, REVISAO, CARGA E RECARGA, CONSERTO, RESTAURACAO, BLINDAGEM, MANUTEN

Operação

Dedução de Materiais/Equipamentos

Responsável pelo imposto

Sem Lançamentos de Materiais/Equipamentos

Não

Prestador dos Serviços

Situação da Nota Fiscal

Local do Serviço

Simples Nacional

Dentro do Município

Aliquota (%)

Base de Cálculo (RS)

Vlr. Total das Deduções (RS)

Vlr. Total Retido (RS)

Vlr. do ISS (RS)

5,0000

934,00

0,00

0,00

46,70

VALOR LÍQUIDO DA NOTA = R\$ 934,00

OUTRAS INFORMAÇÕES (RESERVADO AO FISCO)

A situação 'ISENTO/IMUNE' se refere à condição da empresa emitente da NFS-e perante o município de Lins-SP, município onde está estabelecida. Aplicam-se as regras de incidência do ISSQN relativas ao município onde o imposto municipal é devido, nos casos em que seja devido no local da prestação, conforme dispõe a Lei Complementar Federal n.º 116/2003 e as normas municipais respectivas. A autenticidade deste documento poderá ser verificada no endereço 'www.lins.sp.gov.br'

Recebi(emos) do Prestador: **TECSEG EQUIPAMENTOS CONTRA INCENDIO E MATERIAIS DE SEGURANCA LTDA** CNPJ: 12.119.494/0001-07

Os serviços constantes da Nota Fiscal de Serviços Eletrônica n.º 2114 emitida em 02/09/2020 às 12:10:42 - Cód Verif 3716-3163-6232

Condições de Pagamento: Vencimento: 02/09/2020 Valor Total R\$ 934,00 Valor Líquido R\$ 934,00

Ass: _____ em _____

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.04
6790306790 SEGUNDA VIA 0008

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGENCIA: 1354-4 - CIDADE DE MIRANDOPOLIS

CONTA: 545-5

FAVORECIDO: LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACE

CPF/CNPJ: 05.968.765/0001-33

VALOR: R\$ 50,00

DEBITO EM: 23/09/2020

=====

DOCUMENTO: 092301

AUTENTICACAO SISBB: 7.3A4.7A5.721.ED1.4D0

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

22/09

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.001.950
		SÉRIE: 1

LISBOA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA ME RUA DR. EDGAR RAIMUNDO DA COSTA, 105 - - CENTRO, Mirandópolis, SP - CEP: 16800000 - Fone/Fax: 1837014948	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.001.950 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO 3520 0905 9687 6500 0133 5500 1000 0019 5010 0302 4045 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 135200839847557 - 22/09/2020 10:49	

NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA A VISTA		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.		CNPJ / CPF 05.968.765/0001-33
INSCRIÇÃO ESTADUAL 449068075110				

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ / CPF 45.349.461/0001-02	DATA DA EMISSÃO 22/09/2020
NOME RAZÃO SOCIAL ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICIENTE DO BRASIL		CEP 16400-400	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
ENDEREÇO JOSE ARIANO RODRIGUES, 303 -	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	UF SP	HORA DE ENTRADA SAÍDA
MUNICÍPIO Lins	FONE/FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	

NATUREZA

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS ST 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 50,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 50,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 9 - Sem Frete	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALI. IPI
1	CODEINA 15 MG. CONTEM 30 DOSES	30039099	0103	5102	UND	1,0000	30,0000	30,00					
2	Codeina 7,50mg. Contém 30 doses.	30039099	0103	5102	UND	1,0000	20,0000	20,00					

003
Ag: 1354
CC: 00000545-5

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

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 34000800	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	

23/09/2020
211
Mirandópolis

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
04/10/2020 - AUTOATENDIMENTO - 16.17.04
6790306790 SEGUNDA VIA 0007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

COMPROVANTE DE

TED - TRANSFERENCIA ELETRONICA DISPONIVEL

CLIENTE: ASSOCIACAO H B DO BRASIL

AGENCIA: 6790-3 CONTA: 211-9

=====

FINALIDADE: 01 CREDITO EM CONTA

REMETENTE : ASSOCIACAO H B DO BRASIL

BANCO: 756 - BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

AGENCIA: 5042-3 - UNIMAIS CENTRO LESTE PAULISTA

CONTA: 4.599-3

FAVORECIDO: ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE D

CPF/CNPJ: 45.349.461/0003-74

VALOR: R\$ 92,29

DEBITO EM: 23/09/2020

=====

DOCUMENTO: 092302

AUTENTICACAO SISBB: B.9C7.858.098.23A.D77

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


PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA FAZENDA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇOS - NFS-e

RPS Nº 713352282737 Série A, emitido em 01/09/2020

20201014020617386000192

Número da Nota

00023617

Data e Hora de Emissão

01/09/2020 09:21:07

Código de Verificação

KCBE-WDVT
PRESTADOR DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: 20.617.386/0001-92

Inscrição Municipal: 5.046.020-0

Nome/Razão Social: AUTOMATIZAÇÕES SÉCULO XXI TRATAMENTO DE DADOS LTDA - EPP

Endereço: R Martins Fontes 230, 7º e 9º ANDAR - Centro - CEP: 01050-000

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

Município: Lins

UF: SP

E-mail: ----

INTERMEDIÁRIO DE SERVIÇOS

CPF/CNPJ: ----

Nome/Razão Social: ----

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS

 Prestação de serviços do uso da plataforma PONTOTEL, que é um software padrão, não customizado
 Não há aplicação de retenção, seja IRRF ou CSRF
 Obs: Vencimento conforme boleto emitido

VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 1.562,00

INSS (R\$)	IRRF (R\$)	CSLL (R\$)	COFINS (R\$)	PIS/PASEP (R\$)
-	-	-	-	-
Código do Serviço				
02800 - Licenciamento ou cessão de direito de uso de programas de computação, inclusive distribuição.				
Valor Total das Deduções (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do ISS (R\$)	Crédito (R\$)
0,00	1.562,00	2,90%	45,29	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) Esta NFS-e substitui o RPS Nº 713352282737 Série A, emitido em 01/09/2020; (3) Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/10/2020;

 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



Aviso de lanÇamento

G3352010305850961
20/10/2020 11:46:51

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

Data 28/09/2020 Valor R\$ 3.383.97 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 161, 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.

(Três mil e trezentos e oitenta e três reais e noventa e sete centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 20/10/2020 11:46:51

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado: PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA	Número Carteira Profissional 48657	Série 00240
--	---------------------------------------	----------------

PERÍODOS

De Aquisição 04/10/2018 A 03/10/2019	De Gozo das Férias 02/10/2020 A 31/10/2020 = 30 Dias	De Abono
---	---	----------

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	2.548,41
Média Horas:	227,47
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CÁLCULO:	2.984,88

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	2.984,88	P
1/3 das Férias:	994,96	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
Desconto da Previdência:	416,11	D
Desconto do Imposto de Renda:	179,76	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	3.979,84	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	595,87	D
TOTAL LÍQUIDO:	3.383,97	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\$ 3.383,97 (três mil trezentos e oitenta e três reais e noventa e sete centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE

Priscila Santos Leite de Almeida

PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA

Data: 02/09/2020

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDÓPOLIS a importância de R\$ 3.383,97 (três mil trezentos e oitenta e três reais e noventa e sete 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: 30/09/2020
MIRANDÓPOLIS

Priscila Santos Leite de Almeida

PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G3352010305850961
20/10/2020 11:46:51

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

Data 28/09/2020 Valor R\$ 2.223,89 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 161, lanÇado a dÇbito* 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.

(Dois mil e duzentos e vinte e trÇs reais e oitenta e nove centavos)

* Este aviso de lanÇamento nÇo Ç vÇlido como comprovante da operaÇÇo 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 Ç soma de todos os pagamentos processados pela remessa indicada.

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 20/10/2020 11:46:51

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado	Numero Carteira Profissional	Série
PATRICIA ADRIANA FERREIRA	47160	00315

PERÍODOS

De Aquisição	De Gozo das Férias	De Abono
04/10/2018 A 03/10/2019	01/10/2020 A 30/10/2020 = 30 Dias	

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas:	00
Salário Base:	1.397,71
Média Horas:	243,96
Média Valores:	0,00
Outras Vantagens:	209,00
TOTAL BASE CÁLCULO:	1.850,67

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias:	1.850,67	P
1/3 das Férias:	616,89	P
Abono de Férias:	0,00	
1/3 do Abono de Férias:	0,00	
Adicional do Dobro das Férias:	0,00	
1/3 do Dobro das Férias:	0,00	
Salário Família:	0,00	
1ª Parcela 13º Salário:	0,00	
Desconto da Previdência:	217,73	D
Desconto do Imposto de Renda:	25,94	D
TOTAL DOS PROVENTOS:	2.467,56	P
TOTAL DOS DESCONTOS:	243,67	D
TOTAL LÍQUIDO:	2.223,89	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\$ 2.223,89 (dois mil duzentos e vinte e três reais e oitenta e nove centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE

Data: 01/09/2020

PATRICIA ADRIANA FERREIRA

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\$ 2.223,89 (dois mil duzentos e vinte e três reais e oitenta 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. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 29/09/2020
MIRANDOPOLIS

PATRICIA ADRIANA FERREIRA

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 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

G3352010305850961
20/10/2020 11:46:51

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

Data 28/09/2020 Valor R\$ 1.971,35 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 161, 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 novecentos e setenta e um reais e trinta e cinco centavos)

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

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

Documento emitido por: ANTONIO CARLOS PINOTI AFFONSO em 20/10/2020 11:46:51

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

AVISO E RECIBO DE FÉRIAS

AVISO PRÉVIO DE FÉRIAS

NOTIFICAÇÃO

Nome do empregado: ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA
 Número Carteira Profissional: 083050
 Série: 00154

PERÍODOS

De Aquisição: 04/10/2018 A 03/10/2019
 De Gozo das Férias: 01/10/2020 A 30/10/2020 = 30 Dias
 De Abono:

BASE PARA CÁLCULO

Faltas não justificadas: 00
 Salário Base: 1.397,71
 Média Horas: 6,62
 Média Valores: 0,00
 Outras Vantagens: 209,00
 TOTAL BASE CÁLCULO: 1.613,33

PROVENTOS E DESCONTOS

Férias: 1.613,33 P
 1/3 das Férias: 537,78 P
 Abono de Férias: 0,00
 1/3 do Abono de Férias: 0,00
 Adicional do Dobro das Férias: 0,00
 1/3 do Dobro das Férias: 0,00
 Salário Família: 0,00
 1ª Parcela 13º Salário: 0,00
 Desconto da Previdência: 179,76 D
 Desconto do imposto de Renda: 0,00
 TOTAL DOS PROVENTOS: 2.151,11 P
 TOTAL DOS DESCONTOS: 179,76 D
 TOTAL LÍQUIDO: 1.971,35 P

Pelo presente comunicamos-lhe que, de acordo com a Lei, ser-lhe-ão concedidas férias relativas ao período acima descrito e a sua disposição fica a importância líquida de R\$ 1.971,35 (um mil novecentos e setenta e um reais e trinta e cinco centavos) a ser paga adiantadamente.

CIENTE:

Data: 01/09/2020

ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

RECIBO DE FÉRIAS

Recebi da firma ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL, estabelecida a Avenida PAULO DE BARROS, 326 em MIRANDOPOLIS a importância de R\$ 1.971,35 (um mil novecentos e setenta e um reais e trinta e cinco centavos) que me é paga adiantadamente por motivo das minhas férias regulares, ora concedidas e que vou gozar de acordo com a descrição acima, tudo conforme o aviso que recebi em tempo, ao qual dei meu ciente. Para clareza e documento firmo o presente recibo dando plena e geral quitação.

Data: 29/09/2020
 MIRANDOPOLIS

ANA AUGUSTA FELICIANI NOGUEIRA

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

30/09/2020 - BANCO DO BRASIL - 17:59:06
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	30/09/2020
NR. DOCUMENTO	553.062.007.004.231
VALOR TOTAL	403.775,85

***** 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.508.7A9.0E7.FB6.886
-----------------	-----------------------

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

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  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

G3351108570038471
11/10/2020 15:23:36

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

Data 30/09/2020 Valor R\$ 1.126,36 D

Importe referente a pagamento a terceiros, modalidade PAG SALARIO C/CTA, remessa 162, lanÇado a d bito* em sua conta corrente 211-9, ag ncia 6790-3, na data acima.

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

(Um mil e cento e vinte e seis reais e trinta e seis centavos)

* Este aviso de lanÇamento não   v lido como comprovante da opera  o e demonstra apenas que houve um lanÇamento em conta corrente.

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

Documento emitido por: JOAO P M P AFFONSO em 11/10/2020 15:23:36

Convênio n  0107/2017
Termo Aditivo n  001.2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE- 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandopolis
Tipo de Despesa: Custeio

Mina
01/10

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI 45.349.461/0008-89		02 Razão Social/Nome ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL		
03 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Avenida PAULO DE BARROS , 326				04 Bairro CENTRO
05 Município MIRANDOPOLIS	06 UF SP	07 CEP 17.230-000	08 CNAE 8610-1/02	09 CNPJ/CEI Tomador/Obra

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	
------------------------------	--

10 PIS/PASEP 129.46805.26-5		11 Nome GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS			
12 Endereço (logradouro, nº, andar, apartamento) Rua FRANCISCO IAROSSI, 479					13 Bairro CANGUÇU
14 Município VALPARAISO		15 UF SP	16 CEP 16.880-000	17 CTPS (nº, série, UF)	18 CPF 353.336.248-52
19 Data de Nascimento 30/01/1988	20 Nome da Mãe SONIA REGINA GUEDES DOS SANTOS				

DADOS DO CONTRATO	
-------------------	--

21 Tipo de Contrato 1. Contrato de trabalho por prazo indeterminado				
22 Causa do Afastamento Rescisão contratual a pedido do empregado				
23 Remuneração Mês Ant. 1.606,71	24 Data de Admissão 04/05/2020	25 Data do Aviso Prévio 21/09/2020	26 Data de Afastamento 21/09/2020	27 Cod. Afastamento SJ1
28 Pensão Alim. (%) TRCT 0,00	29 Pensão Alim. (%) FGTS 0,00	30 Categoria do Trabalhador 01 - Empregado		
31 Código Sindical 000.021.150.01669-0	32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral 51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAUDE DE ARACATUBA			

DISCRIMINAÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS

VERBAS RESCISÓRIAS

Rubrica	Valor	Rubrica	Valor	Rubrica	Valor
50 Saldo de 21/dias Salário (líquido de 0/faltas e DSR)	R\$ 978,40	51 Comissões	R\$ 0,00	52 Gratificação	R\$ 0,00
53 Adic. de Insalubridade 20%	R\$ 146,30	54 Adic. de Periculosidade ____%	R\$ 0,00	55 Adic. Noturno ____ horas ____%	R\$ 0,00
56.1 Horas Extras ____ horas a ____%	R\$ 0,00	57 Gorjetas	R\$ 0,00	58 Descanso Semanal Remunerado (DSR)	R\$ 0,00
59 Reflexo do DSR sobre Salário Variável	R\$ 0,00	60 Multa Art. 477 § 8º/CLT	R\$ 0,00	61 Multa Art. 479/CLT	R\$ 0,00
62 Salário-Família	R\$ 0,00	63 13º Salário Proporcional 5/12 avos	R\$ 671,58	64.1 13º Salário-Exerc. ____ - ____/12 avos	R\$ 0,00
65 Férias Proporc 5/12 avos	R\$ 671,58	66.1 Férias Venc. Per. Aquis. / / a / /	R\$ 0,00	68 Terço Constituc. de Férias	R\$ 223,86
69 - Aviso-Prévio Indenizado ____/dias	R\$ 0,00	70 13º Salário (Aviso Prévio Indenizado)	R\$ 0,00	71 Férias (Aviso-Prévio Indenizado)	R\$ 0,00
		99 Ajuste de Saldo Devedor	R\$ 0,00	TOTAL BRUTO	R\$ 2.691,72

DEDUÇÕES											
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Desconto	Valor	Desconto	Valor	Desconto	Valor
100 Pensão Alimentícia	R\$ 0,00	101 Adiantamento Salarial	R\$ 0,00	102 Adiantamento 13º Salário	R\$ 0,00
103 Aviso-Prévio Indenizado 30/dias	R\$ 1.397,71	112.1 Previdência Social	R\$ 85,54	112.2 Prev. Social - 13º Salário	R\$ 50,36
114.1 IRRF	R\$ 31,75	114.2 IRRF sobre 13º Salário	R\$ 0,00		
		Convênio nº 0107/2017 Termo Aditivo nº 001/2020 Fonte Recurso Estadual		TOTAL DEDUÇÕES	R\$ 1.565,36
		Secretaria do Estado da Saúde UGE: 090196 - Hospital Estadual Fase do Mirandópolis		VALOR LÍQUIDO	R\$ 1.126,36

6 6 6

20/05

2/11

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

01 CNPJ/CEI
45.349.461/0008-89

02 Razão Social/Nome
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL

TRABALHADOR

10 PIS/PASEP
129.46805.26-5

11 Nome
GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS

17 CTPS (nº, série, UF)

18 CPF
353.336.248-52

19 Data de Nascimento
30/01/1988

20 Nome da Mãe
SONIA REGINA GUEDES DOS SANTOS

CONTRATO

22 Causa do Afastamento
Rescisão contratual a pedido do empregado

24 Data de Admissão
04/05/2020

25 Data do Aviso Prévio
21/09/2020

26 Data de Afastamento
21/09/2020

27 Cod. Afastamento
SJ1

29 Pensão Alim. (%) FGTS
0,00

30 Categoria do Trabalhador
01 - Empregado

31 Código Sindical
000.021.150.01669-0

32 CNPJ e Nome da Entidade Sindical Laboral
51.100.477/0001-80 SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE ARACATUBA

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

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

21 de Setembro de 2020

ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
150 Assinatura do Empregado ou seu Representante
ASSOCIACAO HOSPITALAR BENEFICENTE DO BRASIL
CNPJ: 45.349.461/0008-89

151 Assinatura do Trabalhador

152 Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador

153 Carimbo e Assinatura do Assistente

154 Nome do Órgão Homologador

155 Ressalvas

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

156 Informações à CAIXA:

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA.

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

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 20 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario GISLAINE MACHADO MORABITO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/07 ter	06:57	12:09	13:08	19:16	11:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	07:00	12:28	13:21	19:08	11:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	06:53	12:31	13:32	19:14	11:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	06:52	12:27	13:27	19:11	11:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	06:56	12:07	13:05	19:07	11:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	12:08	13:10	14:10	19:00	05:52	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	06:49	12:12	13:11	19:08	11:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	10:23	12:28	13:26	19:02	07:41	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	06:55	12:16	13:09	19:08	11:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:52	13:29	14:32	19:12	11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	06:54	13:26	14:26	19:05	11:00	00:00	00:00
15/08 sab	06:46	13:19	14:21	19:01	11:00	00:00	00:00
16/08 dom	06:54	11:05	11:05	19:00	04:11	00:00	08:00
17/08 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	06:57	13:23	14:22	19:03	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 14 folgas/feriados, 3 afastamentos					138:44	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: 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)


GISLAINE MACHADO
MORABITO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 41 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario VALERIA CRISTINA DE SOUZA DA CRUZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	06:54	13:10	14:08	19:16	11:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	06:53	13:24	14:15	19:08	11:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	06:45	14:35	15:17	19:11	11:44	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	06:48	12:05	13:05	19:05	11:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	06:51	12:03	13:00	18:57	11:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	06:49	13:22	14:27	19:07	11:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	06:52	12:16	13:11	19:03	11:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	06:48	13:27	14:19	19:12	11:32	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	06:55	12:00	12:54	19:06	11:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:52	12:26	13:21	19:10	11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	06:49	12:17	13:16	19:05	11:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	06:50	12:05	13:03	19:23	11:35	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	06:55	12:23	13:22	19:01	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					144:51	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)VALERIA CRISTINA DE SOUZA
DAASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario BIANCA CAETANO COSTA SILVA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	06:47	12:00	12:55	19:18	11:36	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	06:48	12:55	14:00	19:08	11:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	06:45	11:54	12:48	19:12	11:33	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	06:45	13:20	14:16	19:11	11:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	06:49	11:50	12:44	19:10	11:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	06:49	12:34	13:30	19:10	11:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	06:48	12:31	13:26	19:05	11:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	06:48	12:33	13:28	19:15	11:32	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	06:48	11:06	11:51	19:12	11:39	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	06:46	11:49	12:47	19:04	11:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:49	12:44	13:44	19:12	11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	06:48	13:05	13:54	19:03	11:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	06:48	13:03	14:03	22:35	11:00	00:00	00:40
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	06:48	12:32	13:27	19:09	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					156:20	00:00	00:40

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Bianca C. C. Silva
 BIANCA CAETANO COSTA
 SILVA
 29/08/2020

[Assinatura]
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario BRUNA BERALDO FERRANTE
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refelcao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	18:56	20:50	21:45	07:12	11:00	00:00	08:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	07:00	13:00	13:15	19:26	00:26	00:00	00:00
27/07 seg	07:01	13:04	13:55	21:04	02:04	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	18:58	20:26	21:22	07:07	11:00	00:00	08:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	07:01	13:29	14:22	19:01	00:01	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	19:32	20:26	21:26	07:12	10:40	00:00	08:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	07:04	11:55	12:54	19:28	00:28	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	19:03	21:51	22:40	07:15	11:00	00:00	07:14
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	07:05	12:15	13:02	18:09	00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	07:06	13:06	13:56	19:15	00:15	00:00	00:00
17/08 seg	07:00	12:53	13:53	19:19	00:19	00:00	00:00
18/08 ter	Jornada	19:15	07:00		11:45	00:00	08:00
19/08 qua	19:00	20:56	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					69:58	00:00	47:14

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

BRUNA BERALDO FERRANTE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 6 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ANA PAULA DOS SANTOS SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	18:51	20:11	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	18:54	20:24	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	18:55	20:42	21:40	07:00	11:00	00:00	08:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	18:54	20:34	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	18:49	20:13	21:12	07:02	11:00	00:00	08:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	18:52	20:14	21:11	07:04	11:00	00:00	08:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	18:56	20:13	21:15	07:01	11:00	00:00	08:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	19:03	20:09	21:09	07:00	10:57	00:00	08:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	19:04	20:25	21:24	07:02	10:59	00:00	08:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	18:54	20:36	21:35	07:00	11:00	00:00	08:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	19:00	20:08	21:08	07:02	11:00	00:00	08:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	18:58	20:22	21:18	07:00	11:00	00:00	08:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	18:56	20:05	21:01	07:02	11:00	00:00	08:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:56	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 Móvel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

ANA PAULA DOS SANTOS
SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

pagina 5 de 41
Impresso em 25/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ANA PAULA AZEVEDO ZANATTA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refelcao	Total Not.
21/07 ter	18:03	21:02	21:56	07:00	11:00	00:00	08:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	18:54	20:42	21:30	07:06	11:00	00:00	08:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	18:56	19:50	21:00	07:17	11:00	00:00	08:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	18:56	20:54	21:38	07:03	11:00	00:00	08:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	18:50	20:37	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	18:53	21:15	21:58	07:12	11:36	00:00	08:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	18:46	19:42	20:42	07:02	11:00	00:00	08:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	18:52	20:10	20:53	07:17	11:42	00:00	08:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	19:01	20:28	21:21	06:58	11:00	00:00	08:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	18:55	21:04	21:51	07:06	11:00	00:00	08:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	18:53	20:25	21:18	07:02	11:00	00:00	08:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	18:52	19:55	21:42	00:05	03:26	00:00	02:22
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	19:00	19:36	20:22	07:00	11:00	00:00	08:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	18:54	20:33	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					147:44	00:00	106:22

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)ANA PAULA AZEVEDO
ZANATTAASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 28 de 41
impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	06:53	11:55	12:54	19:01	11:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	06:55	12:13	13:07	19:09	11:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	06:52	13:15	14:15	19:09	11:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	06:57	12:09	13:10	19:14	11:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	06:47	14:26	15:29	19:03	11:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	06:48	12:32	13:33	18:58	11:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	06:53	09:51	10:56	19:11	11:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	06:56	13:39	14:42	19:14	11:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	06:50	13:08	14:04	19:04	11:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	06:52	14:15	15:20	19:04	11:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	06:53	13:03	14:11	19:10	11:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	06:57	12:11	13:15	19:13	11:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	06:52	12:43	13:47	19:13	11:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:00	00:00	00:00

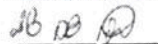
TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)



MAIRA TEIXEIRA DE CASTRO



ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 27 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário LUCAS CARVALHO DOS SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	18:03	21:01	21:56	07:00	11:00	00:00	08:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	18:54	20:44	21:31	07:05	11:00	00:00	08:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	18:56	19:50	20:45	07:17	11:00	00:00	08:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	18:56	20:54	21:36	07:02	11:00	00:00	08:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	18:50	20:37	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	18:49	21:01	22:01	07:00	11:00	00:00	07:58
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	18:46	19:42	20:39	07:02	11:00	00:00	08:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	19:02	19:48	20:31	07:00	11:00	00:00	08:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	19:05	20:06	20:53	07:13	11:00	00:00	08:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	19:01	20:28	21:20	06:58	11:00	00:00	08:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	18:55	21:07	21:50	07:05	11:00	00:00	08:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	18:53	20:24	21:18	07:02	11:00	00:00	08:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	19:00	19:36	20:20	07:00	11:00	00:00	08:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	18:54	20:34	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	111:58

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

LUCAS CARVALHO DOS
SANTOS

29/08/20

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

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 13 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario DEBORA CRISTINA LOCHE
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção AUX DE
FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	18:51	20:23	21:20	07:00	11:00	00:00	08:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	18:50	20:43	21:43	07:02	11:00	00:00	08:00
26/07 dom	19:00	21:26	22:26	07:00	11:00	00:00	07:30
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	18:48	20:30	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	18:51	20:25	21:25	07:00	11:00	00:00	08:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	18:51	20:30	21:30	07:08	11:00	00:00	08:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	18:49	20:35	21:35	07:02	11:00	00:00	08:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	18:49	20:31	21:31	07:00	11:00	00:00	08:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	18:54	20:31	21:28	07:04	11:00	00:00	08:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	18:50	20:28	21:28	07:02	11:00	00:00	08:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	18:50	20:36	21:36	07:01	11:00	00:00	08:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	18:53	20:30	21:29	07:01	11:00	00:00	08:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	18:52	20:46	21:44	07:02	11:00	00:00	08:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	18:50	20:35	21:34	07:00	11:00	00:00	08:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	111:30

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)

Debora C. Loch
 DEBORA CRISTINA LOCHE

28/08/2020

[Assinatura]
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

pagina 14 de 41
 Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario DENISE PRISCILA ANCILOTTO LISBOA DE SOUZA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	18:03	20:59	21:46	07:00	11:00	00:00	08:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	18:46	20:42	21:30	07:06	11:32	00:00	08:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	19:19	20:37	21:26	07:00	10:52	00:00	08:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	18:49	20:26	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	18:49	21:15	21:57	07:16	11:45	00:00	08:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	18:50	19:43	20:38	07:02	11:00	00:00	08:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	18:48	19:48	20:30	07:00	11:00	00:00	08:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	18:53	20:06	20:54	07:17	11:36	00:00	08:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	18:50	20:28	21:21	06:58	11:00	00:00	08:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	18:53	21:07	21:51	07:06	11:00	00:00	08:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	18:47	20:25	21:19	07:01	11:00	00:00	08:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	18:51	19:55	20:46	07:17	11:35	00:00	08:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	18:49	19:36	20:22	06:34	10:59	00:00	08:00
19/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 16 folgas/feriados, 2 afastamentos					145:19	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)

Atestado -
 DENISE PRISCILA ANCILOTTO
 LISBOA DE

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **CAMILA DONATO INNOCENCIO**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **ENFERMEIRO**
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Afastamento - AFASTAMENTO		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 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)

CAMILA DONATO INNOCENCIO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 10 de 41
 Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario CATIA FERNANDA FERRAZ
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
24/07 sex	19:06	20:37	21:39	07:01			10:53	00:00	08:00
25/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
26/07 dom	18:51	20:29	21:37	07:01			11:00	00:00	08:00
27/07 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
28/07 ter	19:02	20:34	21:27	07:00			11:00	00:00	08:00
29/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
30/07 qui	18:34	20:14	21:12	21:21	07:02		01:49	00:00	00:00
31/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
01/08 sab	18:39	20:09	21:09	07:03			11:00	00:00	08:00
02/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
03/08 seg	18:57	20:31	21:15	21:20	07:01		01:39	00:00	00:00
04/08 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
05/08 qua	19:07	20:12	21:09	07:00			10:56	00:00	08:00
06/08 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
07/08 sex	18:44	20:14	21:13	07:04			11:00	00:00	08:00
08/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
11/08 ter	18:50	20:08	21:00	07:02			11:00	00:00	08:00
12/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
13/08 qui	18:56	20:29	21:19	06:59			11:00	00:00	08:00
14/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
15/08 sab	18:47	20:21	21:36	07:00			10:58	00:00	08:00
16/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
17/08 seg	18:53	20:30	21:30	07:04			11:00	00:00	08:00
18/08 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
19/08 qua	18:56	20:11	21:18	07:03			11:00	00:00	08:00
20/08 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados							124:15	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: 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)

Cátia F. Ferraz
 CATIA FERNANDA FERRAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

pagina 12 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario DANIELA DOS SANTOS DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saida 1	Entrada 2	Saida 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	18:49	20:24	21:23	07:00	11:00	00:00	08:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	18:53	20:17	21:11	07:00	11:00	00:00	08:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	18:50	20:40	21:20	07:01	11:31	00:00	08:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	18:55	20:37	21:27	07:00	11:00	00:00	08:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	18:52	20:14	21:13	07:04	11:00	00:00	08:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	18:54	20:13	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	18:50	20:22	21:35	07:00	10:57	00:00	08:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	18:45	20:26	21:25	07:04	11:00	00:00	08:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	18:50	20:17	21:13	07:00	11:00	00:00	08:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	18:46	20:22	21:17	07:01	11:00	00:00	08:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	18:47	20:47	21:36	07:00	11:00	00:00	08:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	18:58	20:27	21:23	07:04	11:00	00:00	08:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	18:48	20:03	21:00	07:03	11:00	00:00	08:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					143:28	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)


 DANIELA DOS SANTOS DE
 OLIVEIRA
 19/08/2020


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

pagina 11 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10

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.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	06:57	14:56	15:56	18:46	10:49	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	06:54	13:16	14:17	19:06	11:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	06:56	15:07	16:09	18:14	10:16	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	07:00	15:01	16:11	18:52	10:42	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	06:53	13:23	15:27	18:32	09:35	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	06:56	14:17	15:22	18:33	10:32	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	06:58	12:31	13:24	18:57	11:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	06:58	11:59	13:04	18:08	10:05	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	06:57	15:37	17:08	18:36	10:08	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	06:58	15:12	16:09	18:23	10:28	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	06:58	14:37	15:29	18:07	10:17	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	06:58	12:57	13:50	18:04	10:13	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	07:00	15:28	16:23	19:09	11:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					136:05	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: 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)

Cristiane Pascoaleto Vendrame
CRISTIANE PASCOALETO
VENDRAME
31/08/20

[Assinatura]
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

pagina 37 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario RICARDO DE CARVALHO
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	18:48	20:22	21:37	07:00	10:57	00:00	08:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	18:58	20:37	21:32	07:00	11:00	00:00	08:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	18:44	20:15	21:12	07:02	11:00	00:00	08:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	18:44	20:13	21:11	07:04	11:00	00:00	08:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	18:48	20:13	21:09	07:01	11:00	00:00	08:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	18:46	20:22	21:22	07:01	11:00	00:00	08:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	18:45	20:25	21:24	07:02	11:00	00:00	08:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	18:48	20:37	21:35	07:00	11:00	00:00	08:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	18:45	20:24	21:19	07:01	11:00	00:00	08:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	18:54	20:03	21:03	07:00	11:00	00:00	08:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	18:47	20:21	21:22	07:00	11:00	00:00	08:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	18:55	20:23	21:23	07:01	11:00	00:00	08:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					131:57	00:00	96:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: 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
29/08/20ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 38 de 41
 Impresso em 25/08/2020 17:10

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **SONIA DOS SANTOS ROCHA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **TEC DE ENFERMAGEM**

Data	Entrada 1	Saida 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 13 folgas/feriados, 18 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
 Termo Aditivo nº 001/2020
 Fonte Recurso Estadual
 Secretaria do Estado da 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)

Sonia dos Santos Rocha
 SONIA DOS SANTOS ROCHA

[Assinatura]
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 2 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ALESSANDRA AGUIAR SALESSE FARIAS
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	18:49	20:58	21:46	07:12	11:35	00:00	08:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	18:45	20:44	21:31	07:05	11:33	00:00	08:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	18:49	19:50	20:43	07:18	11:36	00:00	08:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	18:37	20:54	21:46	07:09	11:40	00:00	08:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	18:48	20:36	21:26	07:15	11:37	00:00	08:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	18:50	21:16	21:57	07:12	11:41	00:00	08:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	18:46	19:43	20:35	07:07	11:00	00:00	08:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	18:55	20:07	20:54	07:21	11:39	00:00	08:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	18:47	20:28	21:21	07:16	11:36	00:00	08:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	18:47	20:25	21:18	07:07	11:00	00:00	08:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	18:51	19:55	20:47	07:23	11:40	00:00	08:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	18:53	20:33	21:20	07:14	11:34	00:00	08:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					138:11	00:00	96:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

pagina 1 de 41
Impresso em 25/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ALCIONE BOGAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	18:49	20:19	21:14	07:01	11:00	00:00	08:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	18:48	20:15	21:11	07:01	11:00	00:00	08:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	18:50	20:28	21:24	07:00	11:00	00:00	08:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	18:44	20:25	21:21	07:02	11:00	00:00	08:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	18:45	20:12	21:09	07:04	11:00	00:00	08:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	18:46	20:13	21:09	07:01	11:00	00:00	08:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	18:50	20:08	21:10	07:00	11:00	00:00	08:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	18:48	20:18	21:00	07:00	11:00	00:00	08:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	18:54	20:24	21:19	07:01	11:00	00:00	08:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	18:56	20:01	21:07	07:00	10:58	00:00	08:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	18:47	20:19	21:12	07:00	11:00	00:00	08:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	19:00	20:27	21:22	07:03	11:00	00:00	08:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	18:48	20:02	20:59	07:03	11:00	00:00	08:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					142:58	00:00	104:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

ALCIONE BOGAZ

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 26 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario LETICIA MAIARA DOS SANTOS FERRAZ
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	07:09	14:58	15:57	19:09	11:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	07:06	14:44	15:41	19:11	11:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	07:17	12:58	13:58	19:14	10:57	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	06:47	13:35	14:34	19:04	11:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	06:55	15:18	16:31	19:00	10:52	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	07:08	13:29	14:33	19:10	10:58	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	07:09	12:42	13:48	19:08	10:53	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	07:10	14:19	15:16	19:04	10:57	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	07:08	12:58	13:56	19:10	11:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	07:04	14:13	15:19	19:20	11:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	06:57	13:23	14:21	19:00	11:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	08:40	14:17	15:17	19:13	09:33	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					130:10	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

29/08/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 25 de 41
 Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionário **LAIS MARANI SILVA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função
FARMACEUTICO (A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Afastamento -		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 afastamentos			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Fixo (v1): RT FARMÁCIA MIRANDÓPOLIS - Início:
 Segunda
 5 dias x 09:00-12:00 R 13:00-17:30 = 07:30 Folga 2 dias
 Entrada 10/15 [Só Banco] - Saída 10/15 [Só Banco]
 Refeição Livre 10/15 [Só Banco] (Marcação Obrigatória)

Laís Marani Silva
 LAIS MARANI SILVA

ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

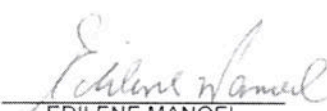
página 16 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário EDILENE MANOEL
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
22/07 qua	07:02	15:34	16:26	19:09			11:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
24/07 sex	07:09	13:15	14:17	19:10			10:59	00:00	00:00
25/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
26/07 dom	07:09	15:09	16:10	19:19			11:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
28/07 ter	07:04	15:17	16:28	19:20			11:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
30/07 qui	07:03	12:00	13:06	19:09			11:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
01/08 sab	06:49	06:57	13:18	14:26	19:00		01:08	00:00	00:00
02/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
05/08 qua	06:58	13:24	14:33	19:17			11:00	00:00	00:00
06/08 qui	06:54	12:19	13:25	19:07			11:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
11/08 ter	06:57	13:18	14:17	19:17			11:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
13/08 qui	06:58	15:40	16:26	19:20			11:36	00:00	00:00
14/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
15/08 sab	06:58	14:31	15:40	19:01			10:54	00:00	00:00
16/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
17/08 seg	07:00	12:47	13:49	19:13			11:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
19/08 qua	06:58	15:29	16:32	19:12			11:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados							133:37	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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


 EDILENE MANOEL


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	18:03	20:58	21:45	07:00	11:00	00:00	08:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	18:58	19:50	20:44	07:17	11:00	00:00	08:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	18:54	20:54	21:48	07:03	11:00	00:00	08:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	19:02	20:37	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	18:53	20:26	21:20	07:00	11:00	00:00	08:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	18:57	21:15	21:57	07:16	11:37	00:00	08:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	18:59	19:48	20:30	07:00	11:00	00:00	08:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	18:56	20:06	20:53	07:17	11:34	00:00	08:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	18:59	20:28	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	19:03	21:05	21:50	07:05	11:00	00:00	08:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	18:56	20:24	21:19	07:03	11:00	00:00	08:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	19:00	19:55	20:46	07:15	11:00	00:00	08:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	18:59	19:36	20:21	07:01	11:00	00:00	08:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					144:11	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)

Edilaine Munhoz Maquea
 EDILAINE MUNHOZ MAQUEA
 28/08/2020
 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 21 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ISADORA MORAIS DE CASTRO SANTOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	06:46	11:52	12:52	19:18	11:32	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	06:44	12:32	13:30	19:06	11:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	06:45	12:18	13:18	19:07	11:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	17:48	21:15	22:15	06:01	01:12	00:00	08:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	17:54	20:59	22:00	06:01	01:06	00:00	08:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	17:47	21:21	22:22	06:01	01:13	00:00	08:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	17:42	20:24	21:36	06:00	01:18	00:00	08:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	06:49	12:05	13:05	19:10	11:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	06:50	12:31	13:40	19:07	11:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	06:55	12:21	13:23	19:11	11:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	06:55	12:30	13:35	19:05	11:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	06:50	12:10	13:13	19:03	11:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	06:49	12:41	13:45	19:12	11:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	06:49	12:26	13:28	20:51	11:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					115:21	00:00	32:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

Convênio nº 0107-2017
Termo Aditivo nº 001-2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da 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)

ISADORA MORAIS DE CASTRO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 22 de 41
 Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionário IZABEL CRISTINA DE SOUZA
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
 FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refelcao	Total NoL
21/07 ter	06:50	13:33	14:24	19:18	11:37	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	18:45	20:41	21:47	06:58	00:15	00:00	08:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	06:57	12:57	13:48	19:10	11:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	18:37	20:43	21:42	06:44	00:23	00:00	08:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	06:57	13:36	14:27	19:02	11:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	07:00	13:52	14:58	18:58	10:52	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	06:56	13:30	14:36	19:02	11:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	06:53	14:16	15:13	19:04	11:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	06:56	14:17	15:44	19:12	10:49	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	06:56	12:25	13:23	19:03	11:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:53	12:39	13:25	19:08	11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	07:02	13:28	14:30	19:02	10:58	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	07:00	13:45	15:08	19:09	10:46	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	18:52	20:43	21:39	07:07	00:08	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					121:48	00:00	24:00

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)

IZABEL CRISTINA DE SOUZA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 35 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario PRISCILA SANTOS LEITE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

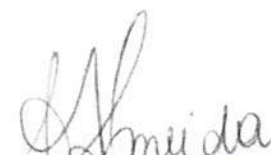
Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	07:00	13:59	15:03	19:30	11:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	06:57	13:41	15:11	20:09	10:33	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	07:04	13:11	14:11	19:00	10:56	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	07:00	14:49	15:23	19:34	11:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	07:08	14:53	16:42	19:32	10:03	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	07:00	15:25	15:48	19:44	11:37	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	06:52	13:39	14:39	19:22	11:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	06:55	13:43	14:45	19:57	11:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	07:12	12:33	13:51	19:37	10:30	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	07:00	14:09	15:21	20:41	10:48	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	06:58	14:47	15:56	20:41	10:53	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	06:55	13:39	14:53	19:25	11:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	07:00	14:21	15:27	20:21	10:54	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					141:14	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


PRISCILA SANTOS LEITE DE
31.08.2020


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 36 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário REGINA LEIA PARRO RODRIGUES DE SOUSA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção AUX DE
FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	18:54	20:41	21:32	07:02	11:00	00:00	08:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	18:46	20:23	21:14	07:10	11:33	00:00	08:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	18:52	20:50	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
27/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	18:50	20:34	21:20	07:05	11:00	00:00	08:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	18:50	20:40	21:36	07:10	11:00	00:00	08:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	18:51	20:35	21:23	07:05	11:00	00:00	08:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	18:49	20:33	21:24	07:07	11:00	00:00	08:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	18:50	20:22	21:18	07:00	11:00	00:00	08:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	18:45	20:53	21:39	07:07	11:36	00:00	08:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	18:55	20:33	21:23	07:03	11:00	00:00	08:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	18:55	20:44	21:39	07:08	11:00	00:00	08:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 11 dias, 12 folgas/feriados, 8 afastamentos					122:09	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: 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)REGINA LEIA PARRO
RODRIGUES DE
21/8/20ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 34 de 41
Impresso em 26/06/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario PATRICIA MICHELE DE ALMEIDA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

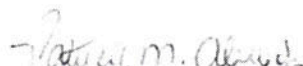
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	07:07				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	07:01	11:57	13:04	19:20	11:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	07:16	11:55	13:14	19:00	10:25	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	07:01	12:01	13:07	19:13	11:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	07:01	12:22	13:19	19:13	11:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 5 folgas/feriados, 21 afastamentos					43:25	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 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


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 33 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario PATRICIA ADRIANA FERREIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	18:51	20:42	21:30	07:05	11:00	00:00	08:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	18:52	19:50	20:46	07:17	11:00	00:00	08:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	19:00	20:54	21:45	07:02	11:00	00:00	08:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	18:52	20:37	21:26	07:00	11:00	00:00	08:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	18:54	20:26	21:21	07:00	11:00	00:00	08:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	18:55	21:15	21:56	07:16	11:40	00:00	08:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	19:00	19:43	20:37	07:02	11:00	00:00	08:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	18:59	19:48	20:30	07:00	11:00	00:00	08:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	18:59	20:28	21:20	06:59	11:00	00:00	08:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	19:01	21:05	21:51	07:05	11:00	00:00	08:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	18:52	20:25	21:19	07:03	11:00	00:00	08:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	18:54	19:55	20:46	07:15	11:00	00:00	08:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	18:49	19:36	20:21	07:01	11:00	00:00	08:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	18:46	20:33	21:20	07:01	11:00	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:40	00:00	112:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

PATRICIA ADRIANA FERREIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

pagina 39 de 41
Impresso em: 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario SONIA MARIA RIZZO
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Salda 1	Trabalhadas	Refelcao	Total Not.
21/07 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 folgas/feriados			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Sônia Maria Rizzo
SONIA MARIA RIZZO

[Assinatura]
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
 Funcionario **THAIS BOARETO DA SILVA**
 Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

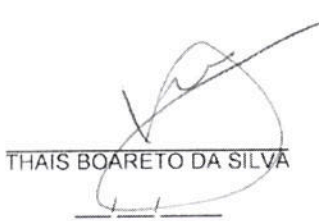
Função
ENFERMEIRO(A) RT

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/07 ter	08:09	12:00	13:00	20:22			07:00	01:00	00:00
22/07 qua	08:02	13:49	14:29	16:38			07:00	00:40	00:00
23/07 qui	08:04	14:00	14:52	17:09			07:00	00:52	00:00
24/07 sex	08:11	12:30	13:30	17:06			07:00	01:00	00:00
25/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/07 seg	08:04	12:06	13:08	21:05			07:00	01:02	00:00
28/07 ter	07:12	14:07	15:13	16:09			07:00	01:00	00:00
29/07 qua	08:01	13:25	14:16	19:13			07:00	00:51	00:00
30/07 qui	08:02	13:58	14:57	18:00			07:00	00:59	00:00
31/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
03/08 seg	07:03	13:00	14:01	17:36			07:00	01:01	00:00
04/08 ter	08:03	12:42	13:53	16:18			07:00	01:00	00:00
05/08 qua	07:36	14:10	15:10	17:07			07:00	01:00	00:00
06/08 qui	08:06	12:49	13:36	17:31			07:00	00:47	00:00
07/08 sex	08:09	12:39	13:38	18:39			07:00	00:59	00:00
08/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
10/08 seg	07:26	13:01	13:55	16:32			07:00	00:54	00:00
11/08 ter	08:02	13:26	14:26	17:00			07:00	01:00	00:00
12/08 qua	08:01	15:12	15:30	16:20			07:00	00:18	00:00
13/08 qui	06:37	13:59	15:03	17:31			07:00	01:04	00:00
14/08 sex	07:59	12:26	13:20	16:46	07:01		07:00	00:54	00:00
15/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
17/08 seg	07:13	12:19	13:19	17:13			07:00	01:00	00:00
18/08 ter	06:58	12:45	13:45	16:45			07:00	01:00	00:00
19/08 qua	07:30	13:36	14:36	19:36			07:00	01:00	00:00
20/08 qui	08:25	12:35	13:55	16:30			06:45	01:00	00:00
TOTAL: 22 dias, 9 folgas/feriados							153:45	20:21	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

Horário Movel (v1): 07:00 às 16:00 - RT Mirandópolis - Início Segunda
 5 dias x 08:00-12:00 R 13:00-16:00 = 07:00 Folga 2 dias
 5/15 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


 THAIS BOARETO DA SILVA


 ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 4 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ANA AUGUSTA FELICIANI CAMPOS
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

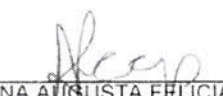
Função TEC DE ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	06:48	13:07	14:06	19:14			11:00	00:00	00:00
22/07 qua	06:46	12:56	13:57	19:04	19:06		11:00	00:02	00:00
23/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
25/07 sab	06:49	14:10	15:08	19:10			11:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/07 seg	06:48	13:23	14:21	19:09			11:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
31/07 sex	06:49	13:04	14:03	18:58			11:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
02/08 dom	06:50	13:17	14:17	19:03			11:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
04/08 ter	06:48	13:28	14:24	19:00			11:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
06/08 qui	06:49	13:15	14:12	19:03			11:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
08/08 sab	06:48	12:18	13:15	19:11			11:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
10/08 seg	06:42	13:04	14:04	19:04			11:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga						00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:52	12:28	13:27	19:08			11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga						00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga						00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
16/08 dom	06:47	13:14	14:14	19:05			11:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga						00:00	00:00	00:00
18/08 ter	06:50	13:05	14:03	19:12			11:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga						00:00	00:00	00:00
20/08 qui	18:44	20:33	21:20	07:06			00:16	00:00	08:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados							143:16	00:02	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 Brandt Faria de Mirandópolis
Tipo de Despesa: Custeio

Horário Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)


ANA AUGUSTA FELICIANI
CAMPOS
31/08/20


ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 3 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario ALESSANDRA DE CASSIA MARDEGAN
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	19:03	20:19	21:25	07:01	10:52	00:00	08:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	18:59	21:36	22:36	07:10	11:00	00:00	07:18
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	19:04	20:40	21:44	07:04	10:56	00:00	08:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	18:59	20:14	21:28	07:03	10:50	00:00	08:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	19:02	20:14	21:14	07:06	11:00	00:00	08:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	19:00	20:54	21:54	07:09	11:00	00:00	08:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	18:59	20:52	21:51	07:11	11:00	00:00	08:00
06/08 qui	19:01	19:49			01:00	00:00	00:00
07/08 sex	07:12	21:00	22:00	19:07	11:00	00:00	08:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	20:17	21:11			01:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	18:57	20:48	21:41	07:08	11:00	00:00	08:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	19:01	20:01	20:59	07:02	11:00	00:00	08:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	19:10	20:47	21:47	07:04	10:54	00:00	08:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	18:58	20:26	21:22	07:03	11:00	00:00	08:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					133:32	00:00	95:18

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)ALESSANDRA DE CASSIA
MARDEGAN

03/09/2020

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 23 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario JOSE LOPES DE OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Salda 1	Entrada 2	Salda 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	18:50	20:11	21:06	07:00	11:00	00:00	08:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	18:55	20:25	21:30	07:00	11:00	00:00	08:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	18:51	20:16	21:24	07:00	11:00	00:00	08:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	18:48	20:35	21:28	07:00	11:00	00:00	08:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	18:52	20:25	21:21	07:01	11:00	00:00	08:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Afastamento -				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 5 dias, 8 folgas/feriados, 18 afastamentos					55:00	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 Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
15/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD.NOTURNO)

JOSE LOPES DE OLIVEIRA

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario KELLY CRISTINA RAMOS ROCHA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	07:02	12:27	13:25	19:02	11:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	06:56	12:22	13:27	19:14	11:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	07:00	12:08	13:08	19:04	11:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	06:55	11:23	12:34	19:00	10:54	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	06:56	12:14	13:21	19:11	11:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	06:57	12:31	13:25	19:17	11:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	06:58	13:13	14:06	19:08	11:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	06:58	12:28	13:31	19:04	11:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	06:58	11:58	12:59	19:09	11:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	06:57	12:26	13:27	19:00	11:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	07:01	13:47	14:45	19:13	11:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	06:54	12:39	13:40	19:11	11:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 12 dias, 19 folgas/feriados					131:54	00:00	00:00

TOLERANCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Kelly C.R. Rocha
KELLY CRISTINA RAMOS
ROCHA
29/8/20

[Assinatura]
ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 32 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionario NATALIA XAVIER NASCIMENTO OLIVEIRA
Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função ENFERMEIRO
(A)

Data	Entrada 1	Saída 1	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga		00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga		00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga		00:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga		00:00	00:00	00:00
18/08 ter	Folga		00:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga		00:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga		00:00	00:00	00:00
TOTAL: 0 dias, 31 folgas/feriados			00:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da 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)

INSS
NATALIA XAVIER
NASCIMENTO

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 31 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário NATALIA PAZINATO DA SILVA
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	07:06	14:08	15:09	19:07	11:00	00:00	00:00
24/07 sex	07:00	14:38	15:39	19:09	11:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	06:59	14:13	15:13	19:09	11:00	00:00	00:00
27/07 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
28/07 ter	07:10	13:43	14:43	19:15	11:00	00:00	00:00
29/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
30/07 qui	06:58	14:43	15:44	19:04	11:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	07:00	13:39	14:38	19:00	11:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	06:59	14:03	15:01	19:12	11:00	00:00	00:00
04/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
05/08 qua	06:58	14:45	15:44	19:17	11:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	07:05	14:06	15:05	19:08	11:00	00:00	00:00
08/08 sab	07:00	13:39	14:38	19:13	11:00	00:00	00:00
09/08 dom	07:05	14:11	15:10	19:05	11:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	07:03	14:12	15:13	19:10	11:00	00:00	00:00
12/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
13/08 qui	07:04	13:27	14:27	19:20	11:00	00:00	00:00
14/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	07:18	13:56	14:55	19:13	10:56	00:00	00:00
18/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
19/08 qua	07:06	14:38	15:32	19:13	11:00	00:00	00:00
20/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					164:56	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 Móvel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

Natalia Pazinato
 NATALIA PAZINATO DA SILVA
 04/09/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 17 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ELAINE CRISTINA DIAS BORGES
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeição	Total Not.
21/07 ter	06:51	13:29	14:23	19:15	11:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	06:55	13:27	14:27	19:06	11:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	06:57	14:10	15:08	19:12	11:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	07:00	13:25	14:25	19:11	11:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	06:55	13:09	14:08	19:03	11:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	07:00	13:02	14:03	18:58	10:57	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	06:53	13:28	14:28	19:01	11:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	06:56	13:16	14:12	19:04	11:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	06:56	12:30	13:26	19:11	11:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	06:55	13:04	14:03	19:05	11:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:53	12:30	13:27	19:17	11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	07:02	12:25	13:26	19:03	11:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	06:59	13:14	14:14	19:06	11:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	07:08	13:05	14:02	19:12	11:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	07:08	12:11	13:11	19:01	10:53	00:00	00:00
TOTAL: 15 dias, 16 folgas/feriados					164:50	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

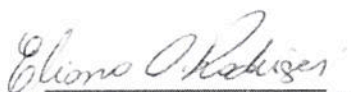
Convênio nº 0107/2017
Termo Aditivo nº 001/2020
Fonte Recurso Estadual
Secretaria do Estado da Saúde
UGE: 090196 - Hospital Estadual
Dr. Oswaldo Brandi Faria - de Mirandópolis
Tipo de Despesa: CusteioHorário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
funcionário
7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
Folga
10/30 [Só Banco]
Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)Elaine C. D. Borges
ELAINE CRISTINA DIAS
BORGESASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 18 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
Funcionário ELIANA CRISTINA RODRIGUES
Departamento UTI MIRANDÓPOLISFunção TEC DE
ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	06:55	12:09	13:07	19:16	11:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	06:52	12:34	13:33	19:14	11:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	06:52	12:28	13:27	19:11	11:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	06:53	13:09	14:08	19:07	11:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	06:51	13:10	14:07	19:00	11:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	06:56	12:35	13:34	19:08	11:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	06:52	13:20	14:19	19:02	11:00	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	06:50	12:19	13:19	19:07	11:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	06:51	12:08	13:09	19:06	11:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:52	13:34	14:34	19:12	11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	06:49	13:27	14:27	19:05	11:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	06:51	12:37	13:34	19:06	11:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	06:54	12:34	13:31	19:16	11:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	06:53	13:23	14:22	19:03	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 14 dias, 17 folgas/feriados					154:00	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIÁRIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS

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

 ELIANA CRISTINA RODRIGUES
 05/09/2020


 ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario GILSON FERREIRA GUEDES DOS SANTOS
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função TEC DE
 ENFERMAGEM

Data	Entrada 1	Salda 1	Entrada 2	Salda 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	06:50	12:08	13:06	19:18	11:00	00:00	00:00
22/07 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
23/07 qui	06:48	12:48	13:46	19:07	11:00	00:00	00:00
24/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	06:50	12:21	13:17	19:11	11:00	00:00	00:00
28/07 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
29/07 qua	06:48	12:19	13:13	19:07	11:00	00:00	00:00
30/07 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
31/07 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
01/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
02/08 dom	06:50	12:24	13:22	19:09	11:00	00:00	00:00
03/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
04/08 ter	06:55	12:25	13:23		05:30	00:00	00:00
05/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
06/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
07/08 sex	Folga				00:00	00:00	00:00
08/08 sab	06:53	12:30	13:26	19:13	11:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	07:00	12:04	13:03	19:05	11:00	00:00	00:00
11/08 ter	Folga				00:00	00:00	00:00
12/08 qua	06:55	13:29	14:28	19:10	11:00	00:00	00:00
13/08 qui	Folga				00:00	00:00	00:00
14/08 sex	06:55	13:28	14:18	19:06	11:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	07:03	12:12	13:12	19:07	11:00	00:00	00:00
17/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
18/08 ter	06:58	13:19	14:13	19:15	11:00	00:00	00:00
19/08 qua	Folga				00:00	00:00	00:00
20/08 qui	07:03	13:18	14:16	19:05	11:00	00:00	00:00
TOTAL: 13 dias, 18 folgas/feriados					137:30	00:00	00:00

TOLERÂNCIA DIARIA DE EXTRAS SUPERIOR A 10 MINUTOS.

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

Horário Movel (v1): 07H AS 19H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 07:00-12:00 13:00-19:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 10/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - Padrão CLT)

GILSON FERREIRA GUEDES
 DOS

1009/20

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 29 de 41
Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador **ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL**
Funcionario **MARCIA MAIARA POSSENTI**
Departamento **UTI MIRANDÓPOLIS**

Função **AUX
ADMINISTRATIVO**

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Entrada 3	Saída 3	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	07:30	11:17	12:07	19:23			10:00	00:00	00:00
22/07 qua	07:48	11:25	13:19	16:37			06:55	00:00	00:00
23/07 qui	07:36	13:18	13:30	17:13			09:25	00:00	00:00
24/07 sex	07:27	11:42	13:21	16:51			07:45	00:00	00:00
25/07 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
27/07 seg	07:43	11:21	13:03	16:28	18:43	21:05	09:25	00:00	00:00
28/07 ter	07:36	11:31	13:03	16:28			07:20	00:00	00:00
29/07 qua	07:43	11:26	12:26	16:53			08:10	00:00	00:00
30/07 qui	07:32	13:14	14:14	16:40			08:08	00:00	00:00
31/07 sex	07:26	11:25	12:52	16:33			07:40	00:00	00:00
01/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
03/08 seg	07:35	11:13	13:35	16:55			06:58	00:00	00:00
04/08 ter	07:49	11:21	13:03	16:39			07:08	00:00	00:00
05/08 qua	07:45	13:04	13:20	16:47			08:46	00:00	00:00
06/08 qui	07:42	13:07	14:00	17:00			08:25	00:00	00:00
07/08 sex	07:22	13:52	14:46	16:33			08:17	00:00	00:00
08/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
10/08 seg	07:29	11:36	13:04	16:49			07:52	00:00	00:00
11/08 ter	07:31	11:21	12:52	16:59			07:57	00:00	00:00
12/08 qua	07:37	13:02	13:37	16:24			08:12	00:00	00:00
13/08 qui	08:09	11:37	13:08	16:48			07:08	00:00	00:00
14/08 sex	08:35	12:47	13:47	16:30			06:55	00:00	00:00
15/08 sab	Folga						00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga						00:00	00:00	00:00
17/08 seg	07:27	11:16	12:55	16:52			07:46	00:00	00:00
18/08 ter	07:36	11:33	13:18	16:44			07:23	00:00	00:00
19/08 qua	07:33	11:31	13:01	16:51			07:48	00:00	00:00
20/08 qui	07:26	11:22	12:52	16:30			07:34	00:00	00:00
TOTAL: 23 dias, 8 folgas/feriados							182:57	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: Custeio

Horário Movel (v1): 7:30 A 17:30 - Início: Segunda
5 dias x 07:30-17:30 SR = 10:00 Folga 2 dias
10/99 [Atraso+Extra A]
Falta [Só Atraso] (feriado)

MARCIA MAIARA POSSENTI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
BRASIL

Cartão de Ponto de 21/07/2020 a 20/08/2020

página 30 de 41
 Impresso em 26/08/2020 17:10

Empregador ASS. HOSPITALAR BEN DO BRASIL
 Funcionario MAURO CELSO CHIAVELLI
 Departamento UTI MIRANDÓPOLIS

Função AUX DE
 FARMÁCIA

Data	Entrada 1	Saída 1	Entrada 2	Saída 2	Trabalhadas	Refeicao	Total Not.
21/07 ter	08:06	12:36	13:32	19:15	00:15	00:00	00:00
22/07 qua	08:03	12:17	13:14	17:04	00:00	00:00	00:00
23/07 qui	08:05	14:03	15:00	19:12	00:12	00:00	00:00
24/07 sex	07:59	13:52	14:41	17:27	00:00	00:00	00:00
25/07 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
26/07 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
27/07 seg	07:55	12:49	13:43	18:07	00:00	00:00	00:00
28/07 ter	07:59	12:55	13:52	18:11	00:00	00:00	00:00
29/07 qua	08:23	14:35	15:21	16:21	00:00	00:00	00:00
30/07 qui	08:04	13:24	14:16	18:11	00:00	00:00	00:00
31/07 sex	08:16	14:57	15:57	16:48	00:00	00:00	00:00
01/08 sab	07:57	14:42	15:47	18:21	00:00	00:00	00:00
02/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
03/08 seg	07:51	14:01	14:51	18:21	00:00	00:00	00:00
04/08 ter	08:34	12:44	13:44	17:25	00:00	00:00	00:00
05/08 qua	08:27	13:44	14:37	19:48	01:00	00:00	00:00
06/08 qui	07:07	13:04	13:53	19:32	00:32	00:00	00:00
07/08 sex	09:07	14:12	14:56	17:16	00:00	00:00	00:00
08/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
09/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
10/08 seg	Folga				00:00	00:00	00:00
11/08 ter	08:03	13:40	14:33	17:47	00:00	00:00	00:00
12/08 qua	08:49	13:57	14:50	20:12	01:12	00:00	00:00
13/08 qui	07:34	12:15	12:54	19:25	00:25	00:00	00:00
14/08 sex	08:22	14:25	15:04	15:31	00:00	00:00	00:00
15/08 sab	Folga				00:00	00:00	00:00
16/08 dom	Folga				00:00	00:00	00:00
17/08 seg	07:47	12:00	12:57	17:13	00:00	00:00	00:00
18/08 ter	08:27	14:44	15:30	21:25	02:25	00:00	00:00
19/08 qua	07:59	13:49	15:27	21:48	02:48	00:00	00:00
20/08 qui	08:15	13:04	13:53	21:26	02:26	00:00	00:00
TOTAL: 23 dias, 8 folgas/feriados					11:15	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: Custeio

Horário Movel (v1): 19H AS 07H- Início de acordo com o
 funcionário
 7 dias x 19:00-23:00 00:00-07:00 SR = 11:00 Carga 01:00 Sem
 Folga
 15/30 [Só Banco]
 Falta [Só Banco] (feriado) (noturno normal - AD NOTURNO)

MAURO CELSO CHIAVELLI

ASS. HOSPITALAR BEN DO
 BRASIL

Outubro

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

Escala UTI Mirandópolis 10 2020.pdf

Código do documento 45efa67e-a130-4071-a094-9e3815edd6e0



Assinaturas



ERICO MODENUTI
contato@wintermed.com.br
Assinou

Erico Modenuti



Patricia Canzano Antonio
canzanopat1@gmail.com
Assinou

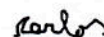
Patricia Canzano



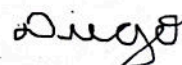
Alejandro cristian muniz de souza
cristiandesouza@hotmail.com
Assinou



carlos eduardo mendonça da rocha
carlosrocha59@gmail.com
Assinou



Diego Clauser Marçon
diegocmster@gmail.com
Assinou



Cleber Brito
dr_brito@hotmail.com
Assinou



PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO
pfmbfilho@hotmail.com
Assinou



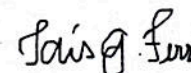
Nathalia Especie Barreto Bergamini
nathalia_barreto@hotmail.com
Assinou



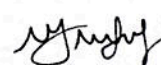
Ofélia Maria yukie takiguchi
ofelia.mt@hotmail.com
Assinou



Bruna Raísa Lopes de Mello
bru1988@hotmail.com
Assinou



Tais Gaspar Ferreira
tais.gf@hotmail.com
Assinou



Mauricio Lucianelli
mlucianelli@terra.com.br
Assinou

Eventos do documento

04 Oct 2020, 20:20:28

Documento número 45efa67e-a130-4071-a094-9e3815edd6e0 **criado** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email :contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-10-04T20:20:28-03:00

04 Oct 2020, 20:25:29

Lista de assinatura **iniciada** por ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br. - DATE_ATOM: 2020-10-04T20:25:29-03:00

04 Oct 2020, 20:43:04

TAIS GASPAS FERREIRA **Assinou** - Email: tais.gf@hotmail.com - IP: 201.76.68.112 (c94c4470.virtua.com.br porta: 45632) - Documento de identificação informado: 407.772.708-11 - DATE_ATOM: 2020-10-04T20:43:04-03:00

04 Oct 2020, 21:51:15

DIEGO CLAUSER MARÇON **Assinou** (Conta 25bba52d-058f-46ca-88b9-12cd635e3bdd) - Email: diegocmster@gmail.com - IP: 45.70.126.243 (45.70.126.243 porta: 59912) - Geolocalização: -21.179207 -50.4539266 - Documento de identificação informado: 036.916.981-66 - DATE_ATOM: 2020-10-04T21:51:15-03:00

05 Oct 2020, 11:56:47

CLEBER BRITO **Assinou** (Conta 1955cf07-8844-4ef0-8a6a-a62ee4fd6b) - Email: dr_brito@hotmail.com - IP: 45.239.206.162 (45.239.206.162 porta: 11270) - Geolocalização: -21.813303037981747 -49.60140264733224 - Documento de identificação informado: 258.869.968-50 - DATE_ATOM: 2020-10-05T11:56:47-03:00

06 Oct 2020, 09:22:48

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: 46266) - Documento de identificação informado: 095.717.688-04 - DATE_ATOM: 2020-10-06T09:22:48-03:00

07 Oct 2020, 09:55:12

ERICO MODENUTI **Assinou** (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309) - Email: contato@wintermed.com.br - IP: 200.170.180.129 (200-170-180-129.xf-static.ctbcnetsuper.com.br porta: 28550) - Geolocalização: -22.0157113 -47.8921573 - Documento de identificação informado: 391.396.868-76 - DATE_ATOM: 2020-10-07T09:55:12-03:00

08 Oct 2020, 13:07:15

OFÉLIA MARIA YUKIE TAKIGUCHI **Assinou** - Email: ofelia.mt@hotmail.com - IP: 143.107.201.32 (143.107.201.32 porta: 37782) - Documento de identificação informado: 406.986.248-07 - DATE_ATOM: 2020-10-08T13:07:15-03:00

11 Oct 2020, 14:53:07

MAURICIO LUCIANELLI **Assinou** - Email: mlucianelli@terra.com.br - IP: 177.185.174.79 (177-185-174-79.pliscabo.com.br porta: 47200) - Geolocalização: -21.4312706 -50.0744883 - Documento de identificação informado: 057.029.348-06 - DATE_ATOM: 2020-10-11T14:53:07-03:00

12 Oct 2020, 14:37:52

PATRICIA CANZANO ANTONIO **Assinou** (Conta 8248a232-8855-4f1a-aa94-46debfd2e499) - Email:

canzanopatyl@gmail.com - IP: 179.99.39.70 (179-99-39-70.dsl.telesp.net.br porta: 43874) - Geolocalização: -23.412884299999998 -46.7492679 - Documento de identificação informado: 330.053.128-44 - DATE_ATOM: 2020-10-12T14:37:52-03:00

14 Oct 2020, 10:54:31

ASSINATURA PRESENCIAL - ALEJANDRO CRISTIAN MUNIZ DE SOUZA **Assinou** (Conta e2c8fee7-965d-4fa8-a70f-52f2b698d27d) - Email: cristiandesouza@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.113.51.138 (179-113-51-138.user.vivozap.com.br porta: 64410) - Geolocalização: -23.4856075 -46.6953819 - Documento de identificação informado: 218.857.208-40 - DATE_ATOM: 2020-10-14T10:54:31-03:00

14 Oct 2020, 10:55:03

ASSINATURA PRESENCIAL - PAULO FRANCISCO DE MESQUITA BARROS FILHO **Assinou** (Conta 3121eed8-c7e5-4d80-9632-0b41013f3831) - Email: pfmbfilho@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.113.51.138 (179-113-51-138.user.vivozap.com.br porta: 64988) - Geolocalização: -23.485674 -46.6955574 - Documento de identificação informado: 220.571.438-48 - DATE_ATOM: 2020-10-14T10:55:03-03:00

14 Oct 2020, 10:55:31

ASSINATURA PRESENCIAL - NATHALIA ESPECIE BARRETO BERGAMINI **Assinou** (Conta 180daf41-1fc6-442c-af90-da1ed2f796a4) - Email: nathalia_barreto@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.113.51.138 (179-113-51-138.user.vivozap.com.br porta: 1260) - Geolocalização: -23.485674 -46.6955574 - Documento de identificação informado: 365.370.668-83 - DATE_ATOM: 2020-10-14T10:55:31-03:00

14 Oct 2020, 10:55:57

ERICO MODENUTI (Conta 44662517-a5f1-49ad-8b49-5f8f50217309). Email: contato@wintermed.com.br.
REMOVEDU o signatário **mazinha_ceolin@hotmail.com** - DATE_ATOM: 2020-10-14T10:55:57-03:00

14 Oct 2020, 10:56:08

ASSINATURA PRESENCIAL - BRUNA RAISA LOPES DE MELLO **Assinou** (Conta 01e4d66a-7bb3-47aa-922d-394a070bf64c) - Email: bru1988@hotmail.com (não verificado) - IP: 179.113.51.138 (179-113-51-138.user.vivozap.com.br porta: 1754) - Geolocalização: -23.4863243 -46.6964228 - Documento de identificação informado: 051.350.389-73 - DATE_ATOM: 2020-10-14T10:56:08-03:00

Hash do documento original

(SHA256):f9d4fb47d92e27c6ada09b8fea7dd227faed5a9ef87b59e0da94e50e1e7e9b2c
(SHA512):5c3db4bebf9122d182cd16fe60edb872da2ec6ae3d9d40f18b92dbf5b050861fea5724dcf54a24b5dd4e9206b114adf231acdc9481f8cdd19703331cc3c3f115

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Relatório de Desempenho mês de Agosto de 2020

Período compreendido: 01/08/2020 a 31/08/2020

Responsável pelo relatório:

Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor® 

Indicadores de Interesse da SES	Metas	Resultado Obtido
Duração média da internação (dias)	8 dias	6,73 dias
Taxa de ocupação (%)	> 90%	89,03 %
Reinternação < 24 horas	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0 reclamações
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	3,6%
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%o	3,6%
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	3,6%

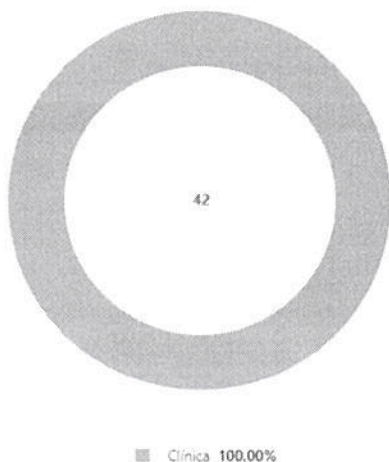
Definições dos cálculos utilizados nas metas

Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

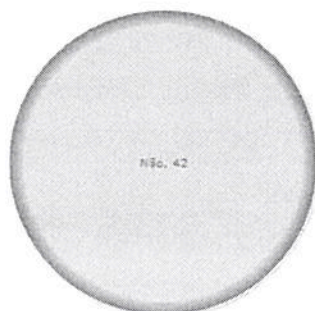
Indicadores de Interesse da AHBB	Metas	Resultado Obtido
Total de Internações no Período (n)	30	49
Internações Novas (n)	25	42
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	41
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	276
Taxa de ocupação (%)	80%	89,03 %
Duração média da internação (dias)	7 dias	6,73 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	56,15
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	38,67 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	11
Mortalidade Observada (%)	-	26,83 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,69
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6‰	3,6%
Taxa de utilização de VM (%)	-	35,87 %
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	3,6%
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	44,93 %
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	3,6%
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0

Gráficos do Mês de Agosto/2020

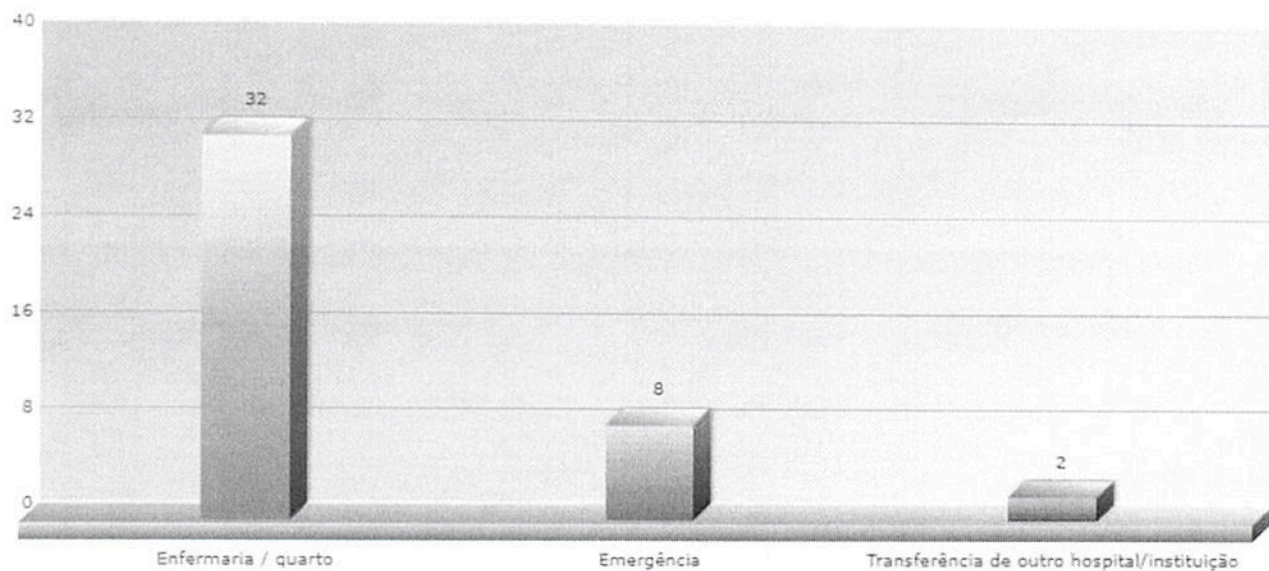
Tipos e Razões da Internação



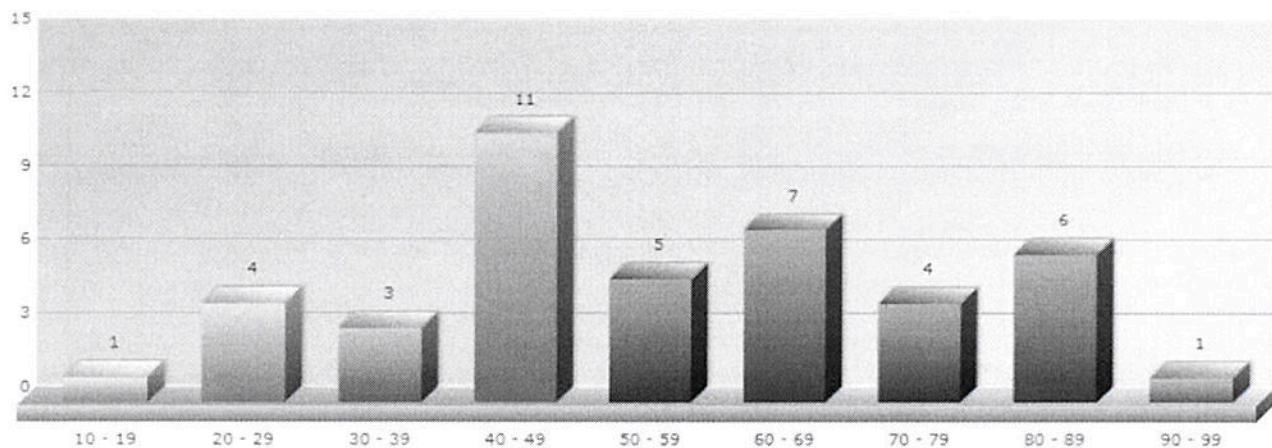
Reinternações na Unidade



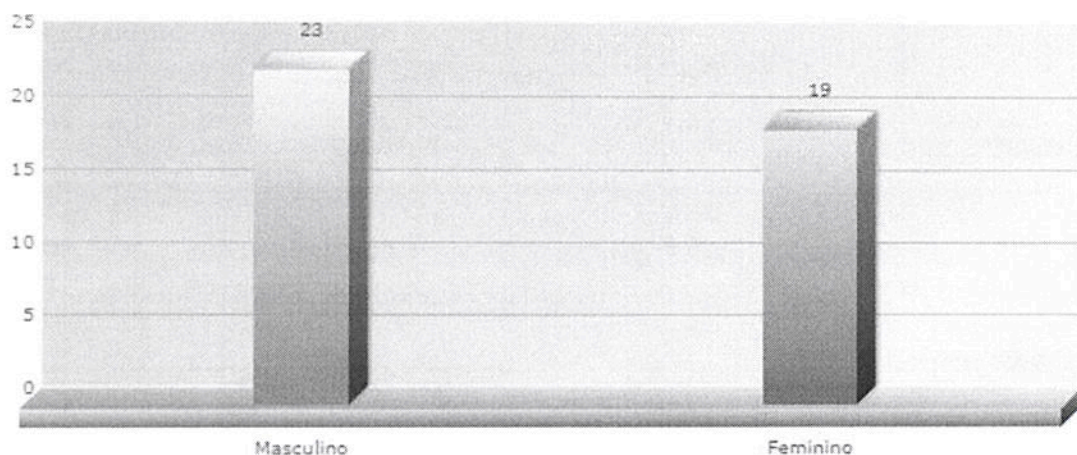
Origem da Internação



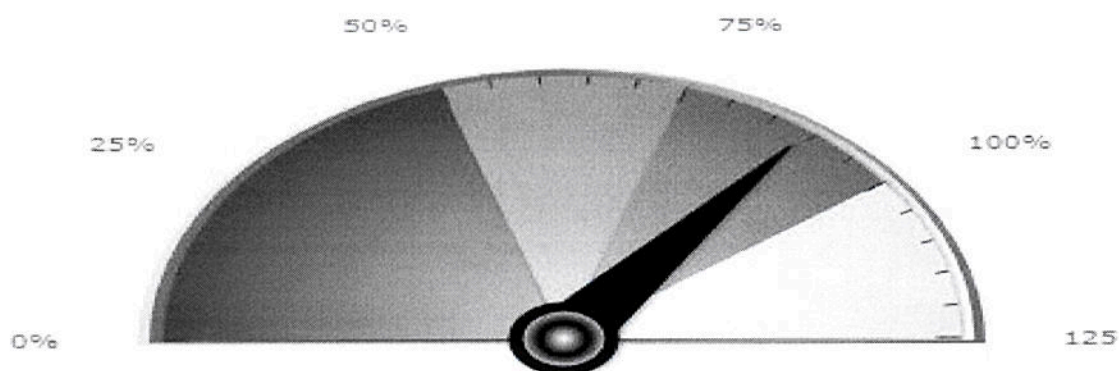
Idade – Histograma



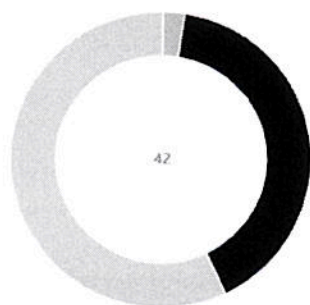
Sexo



Taxa de Ocupação



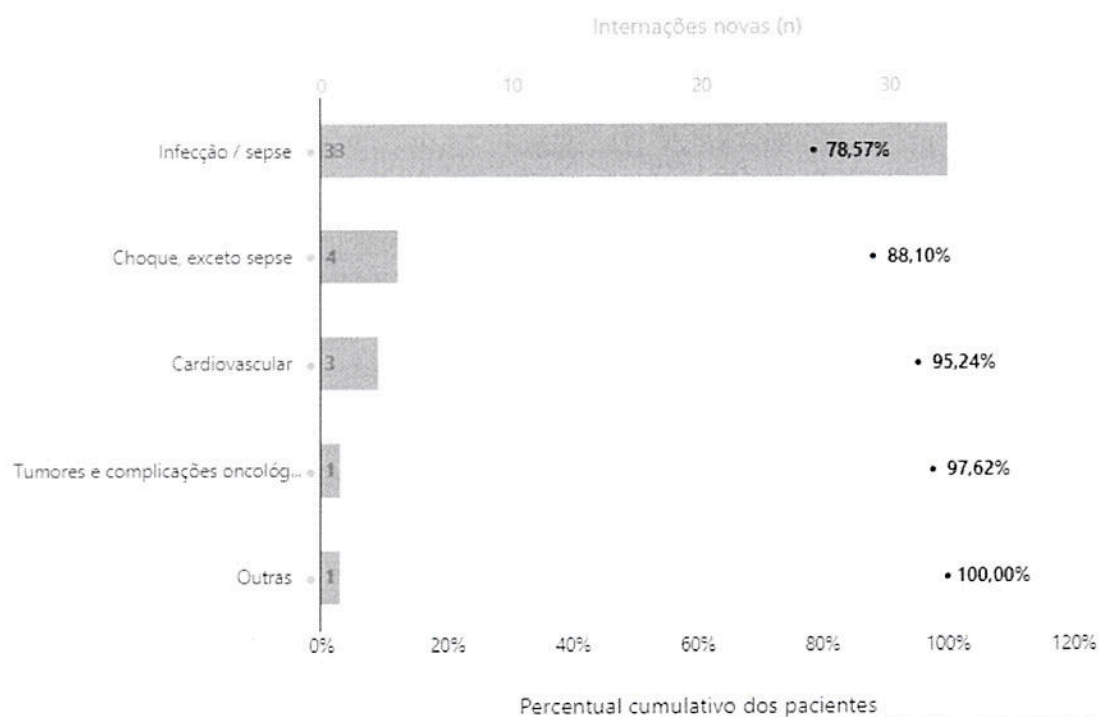
Gravidade da Internação – Escore Saps 3



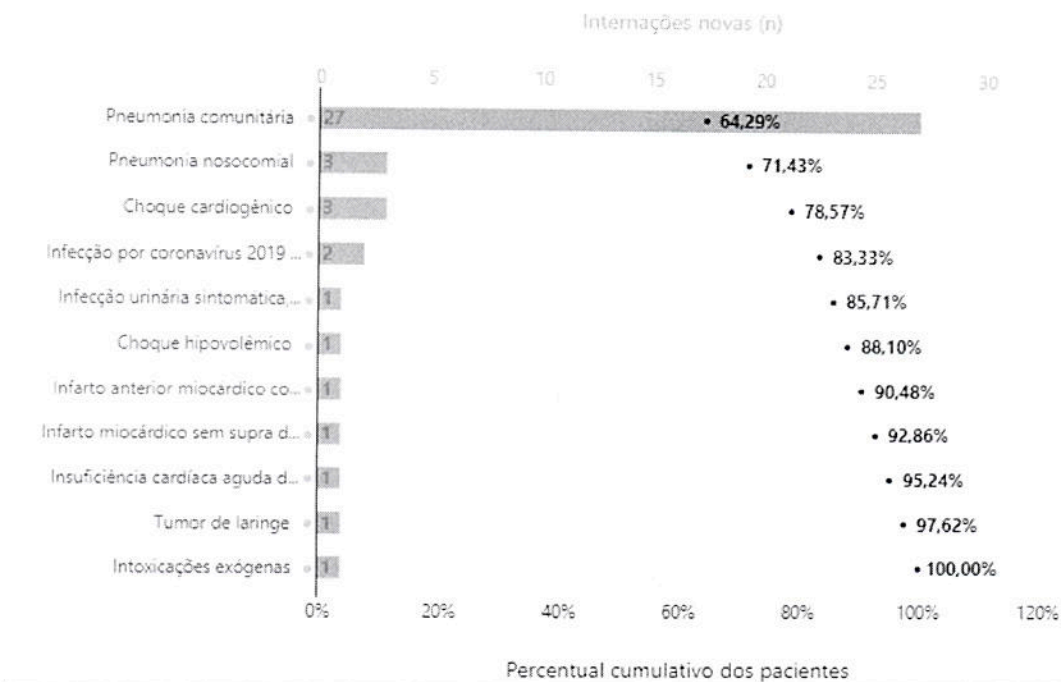
■ Baixo 2,38%
■ Intermediário 40,48%
■ Alto 57,14%

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

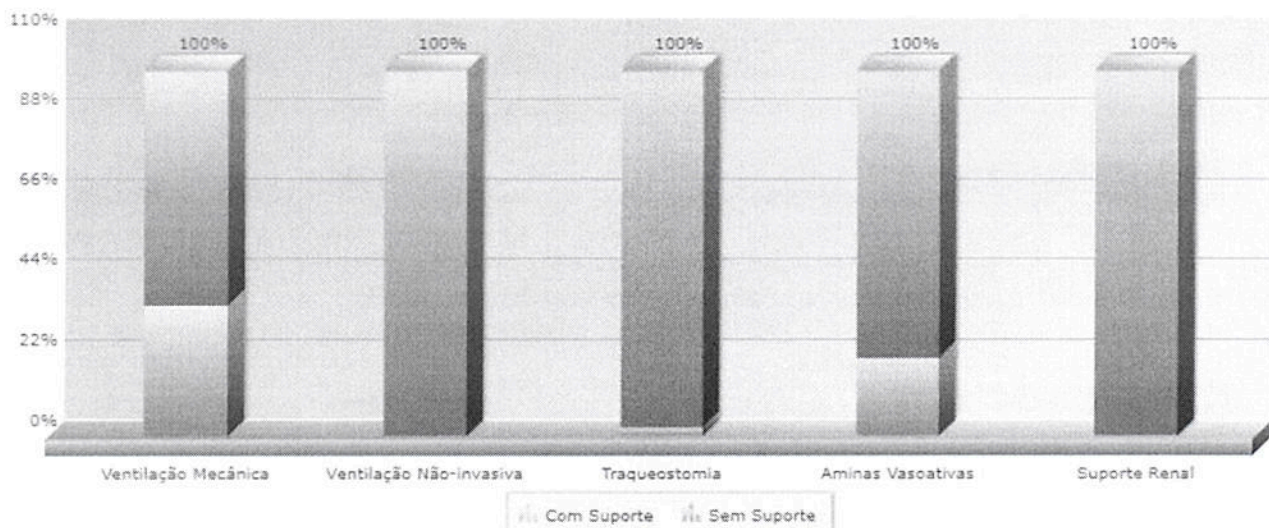
INTERNAÇÕES NOVAS



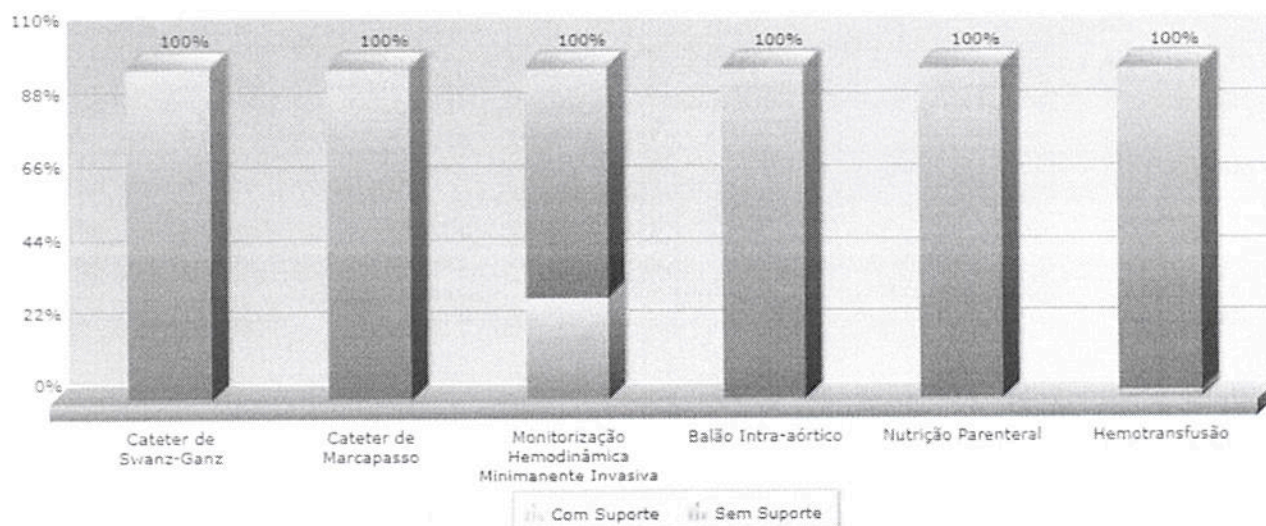
DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



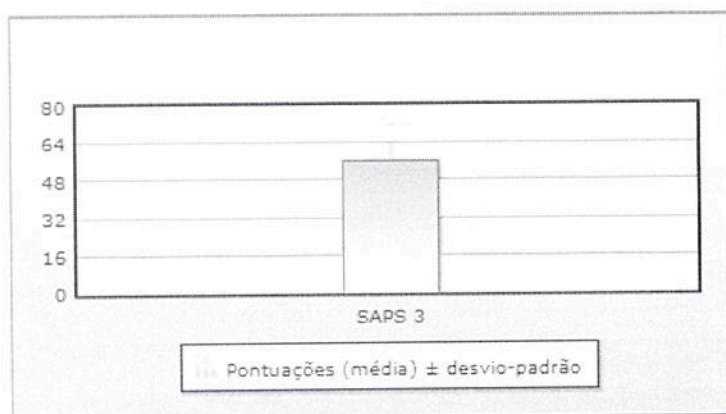
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



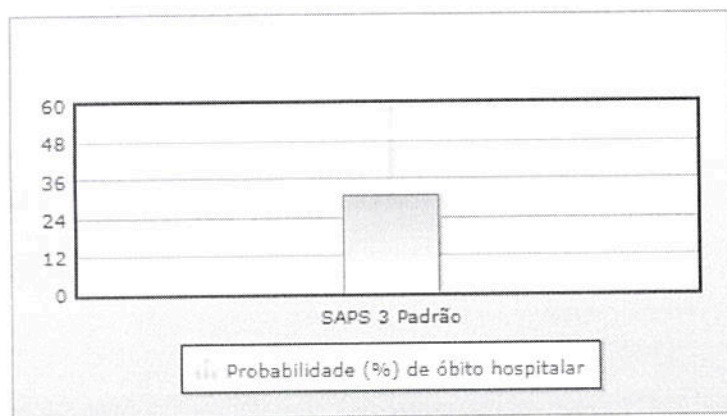
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



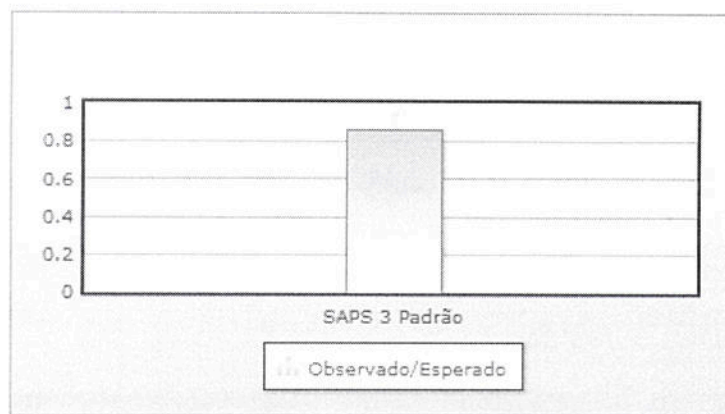
SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO



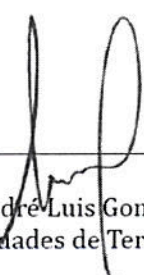
SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE



Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



Dr André Luis Gomes
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Relatório de Desempenho mês de Setembro de 2020

Período compreendido: 01/09/2020 a 30/09/2020

Responsável pelo relatório:

Dr André Luis Gomes – Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva

Origem dos dados: Epimed Monitor® 

Indicadores de Interesse da SES	Metas	Resultado Obtido
Duração média da internação (dias)	8 dias	11,38 dias
Taxa de ocupação (%)	> 90%	79,67 %
Reinternação < 24 horas	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0 reclamações
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	17%o	0
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0

Definições dos cálculos utilizados nas metas

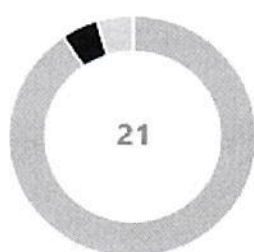
Tempo de Permanência	N pacientes-dia / total de saídas
PAV	(N de PAV / total de pacientes-dia em Vent. Mec.)x1000
ITU associado a CVD	(N de ITU-CVD / total pacientes-dia com CVD)x1000
Infecção corrente sanguínea	(N de infecções CS / total pacientes-dia com CVC)x1000
Lesão por pressão	(N de LPP adquirida na UTI / total pacientes-dia)x1000
Taxa de ocupação	(N de pacientes-dia / N de leitos-dia)
Índice de queda	(N de quedas / total pacientes-dia)x100

Indicadores de Interesse da AHBB	Metas	Resultado Obtido
Total de Internações no Período (n)	30	29
Internações Novas (n)	25	21
Número total de saídas (alta+óbito) (n)	25	21
Reinternações na unidade < 24hs (n)	< 1%	0
Número de pacientes-dia (n)	150	239
Taxa de ocupação (%)	80%	79,67 %
Duração média da internação (dias)	7 dias	11,38 dias
Escore gravidade (SAPS 3) (pontos)	-	58
Mortalidade esperada de acordo com SAPS 3 - Am. Latina(%)	-	44,95 %
Mortalidade Absoluta (nº óbitos)	-	9
Mortalidade Observada (%)	-	42,86 %
SMR (mortalidade observada/mortalidade esperada)	< 0,8	0,95
Taxa de Infecção Hospitalar	6%	0
Densidade de incidência de PAV (nº eventos/1000 dias de VM)	6%	0
Taxa de utilização de VM (%)	-	33,47%
Densidade de infecção primária da corrente sanguínea (nº de eventos/1000 cateter dia)	6,1%	0
Taxa de utilização de cateter central (%)	-	30,54 %
Densidade de incidência de ITU em SVD (nº de eventos/1000 cateter dia)	4,88%	0
Incidência de Úlcera de Pressão (nº de UPP / nº pacientes-dia) (%)	0,5%	0
Densidade de incidência de Quedas (nº de eventos/nº pacientes-dia) (%)	0	0
Taxa de evolução de prontuário (%)	100%	100%
Taxa de Satisfação	< 10 reclamações	0

Gráficos do Mês de Setembro/2020

Tipos e Razões da Internação

Tipo de Internação

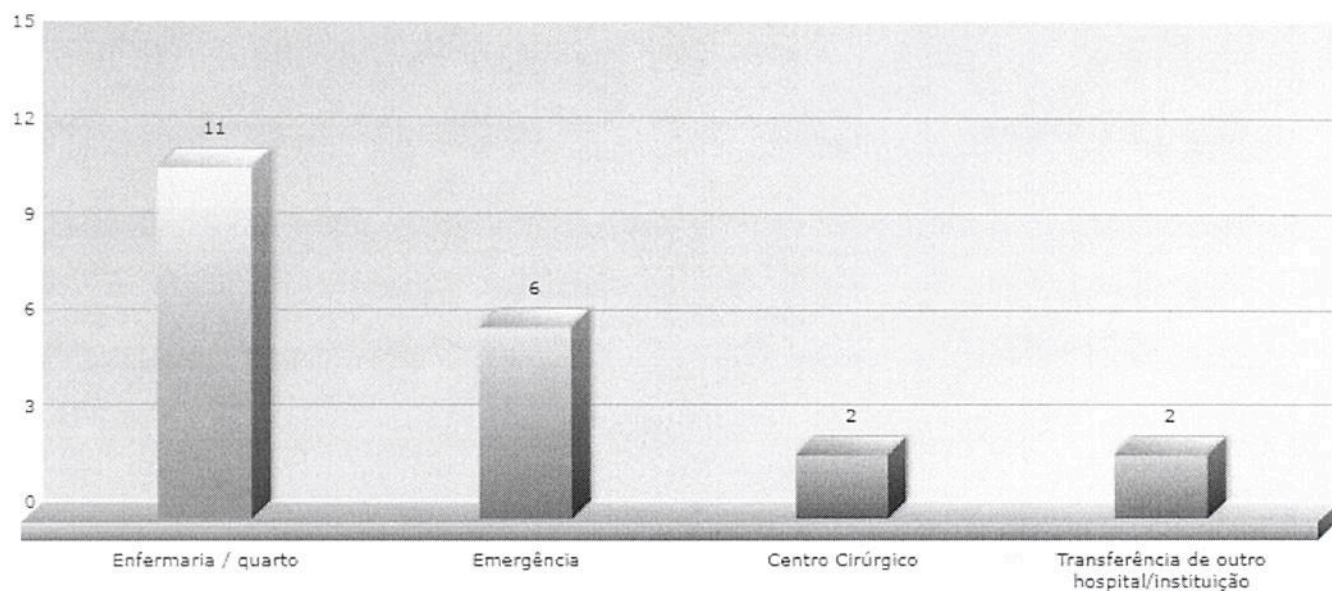


- Clínica 90,48%
- Cirurgia eletiva 4,76%
- Cirurgia de urgência / emergência 4,76%

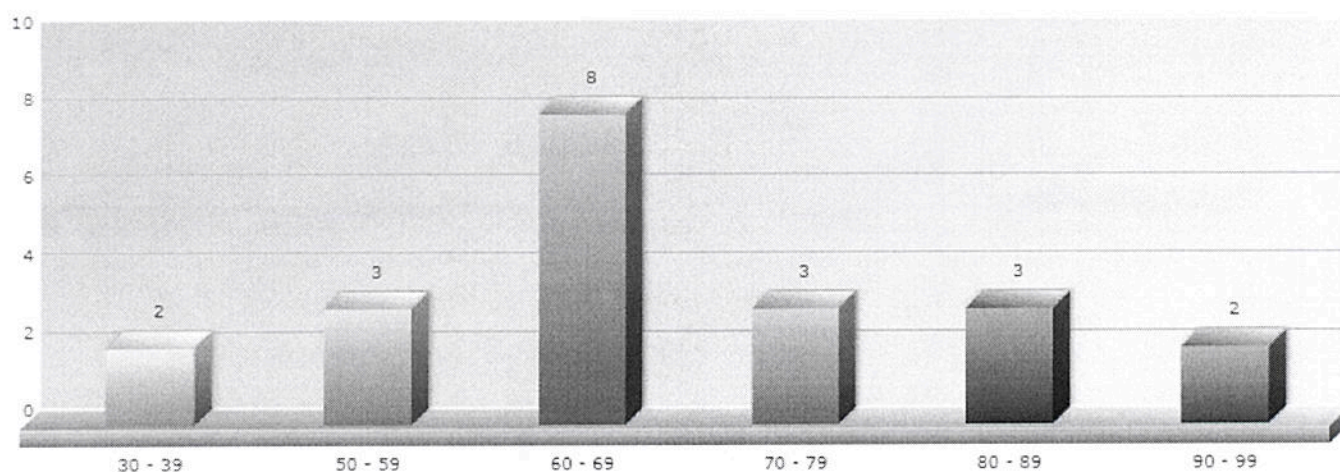
Reinternações na Unidade



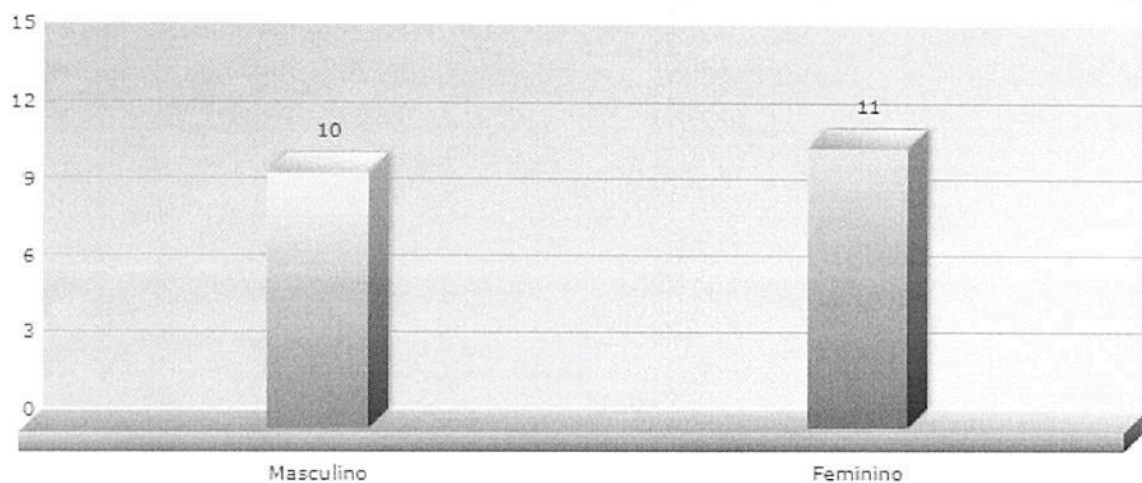
Origem da Internação



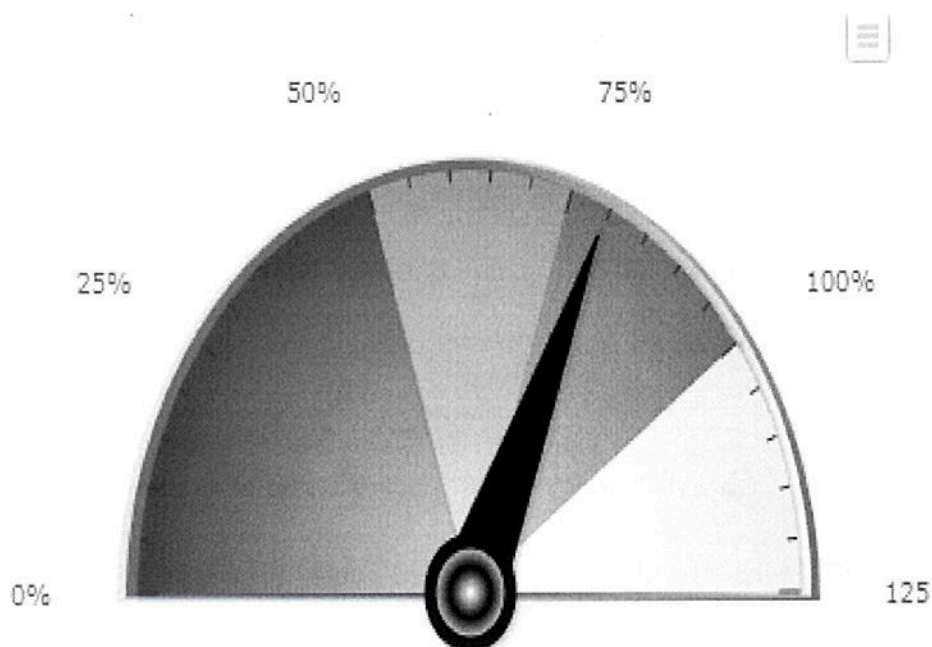
Idade – Histograma



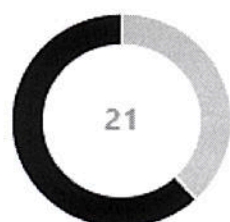
Sexo



Taxa de Ocupação

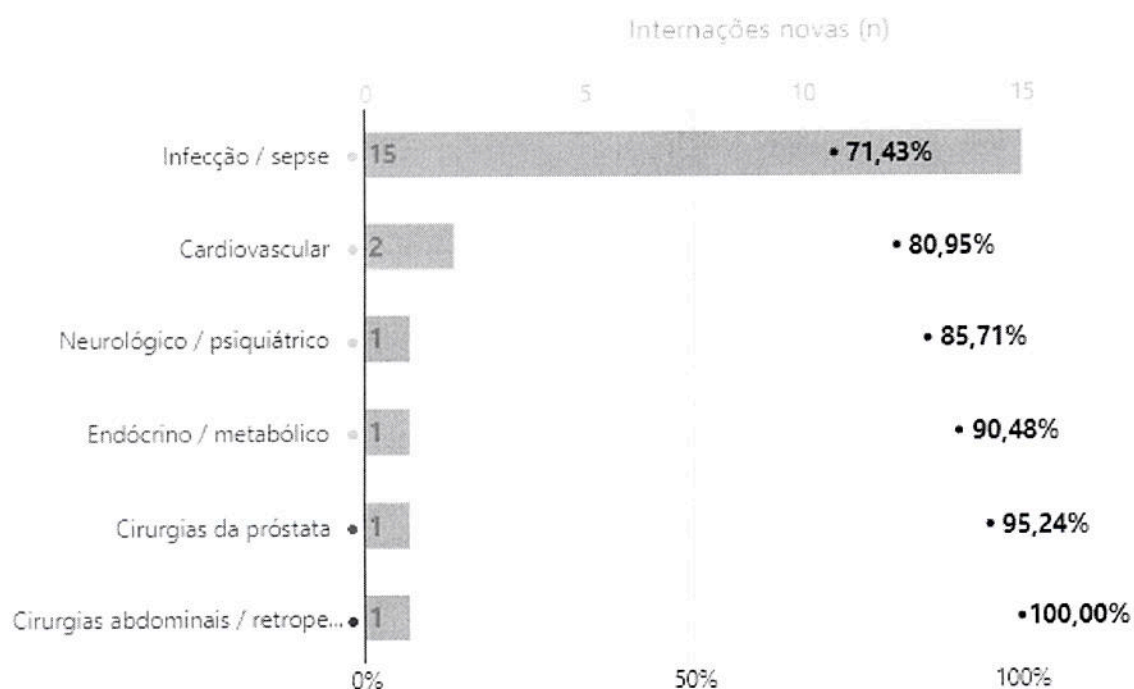


Gravidade da Internação – Escore Saps 3

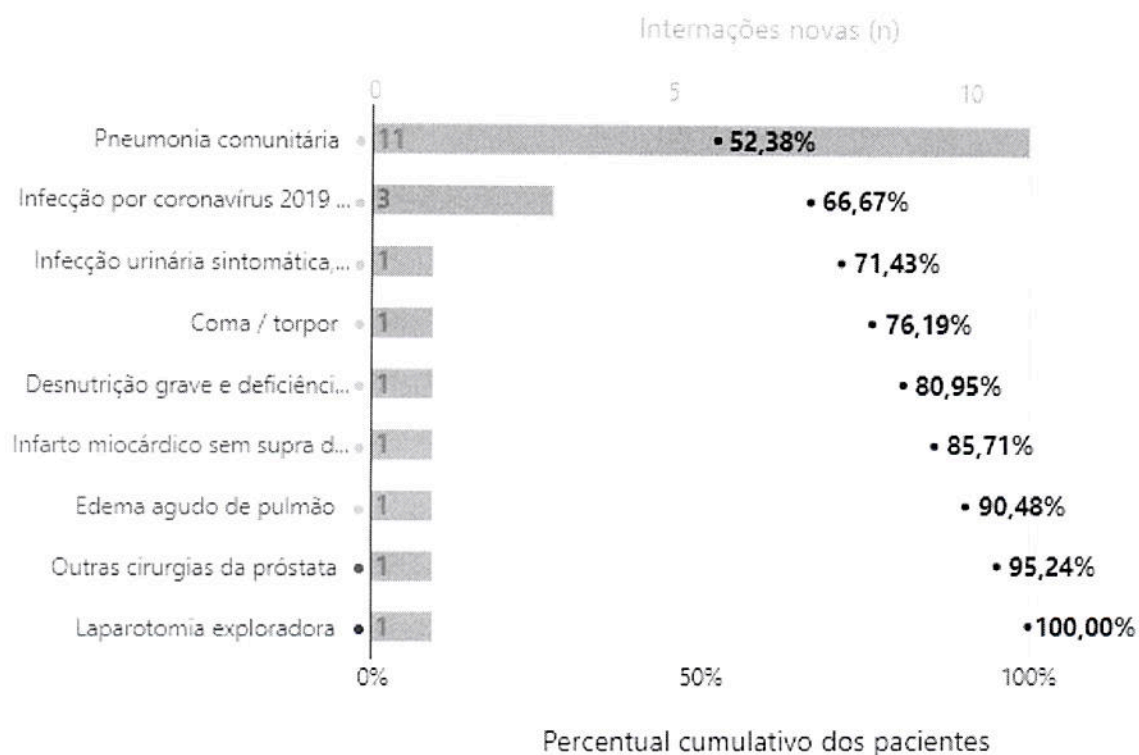


■ Intermediário 38,10%
■ Alto 61,90%

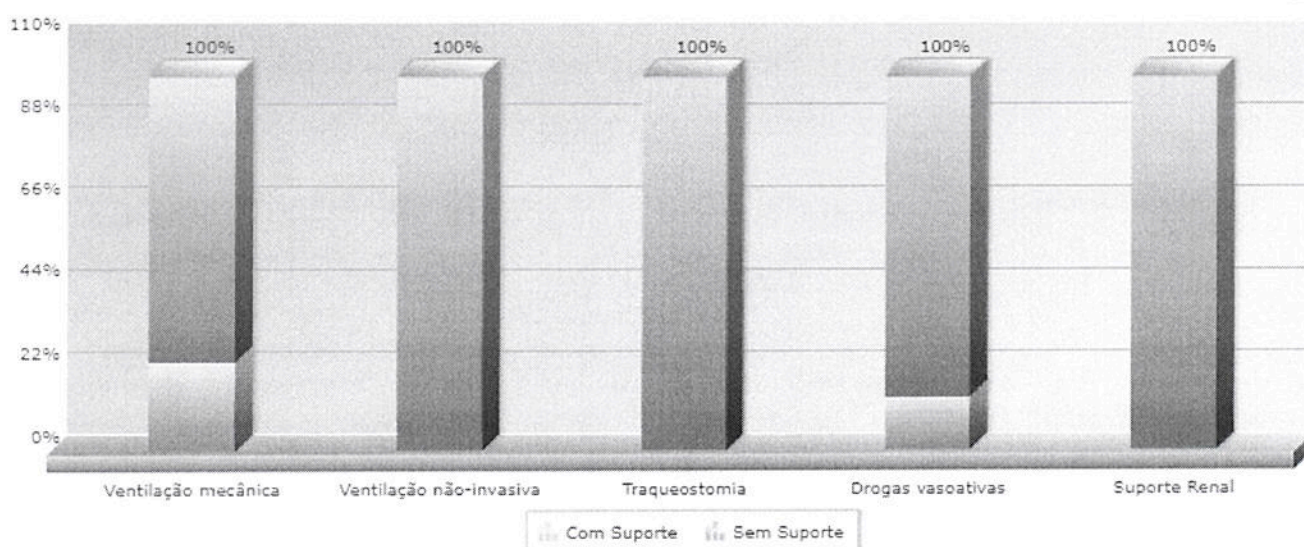
CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS



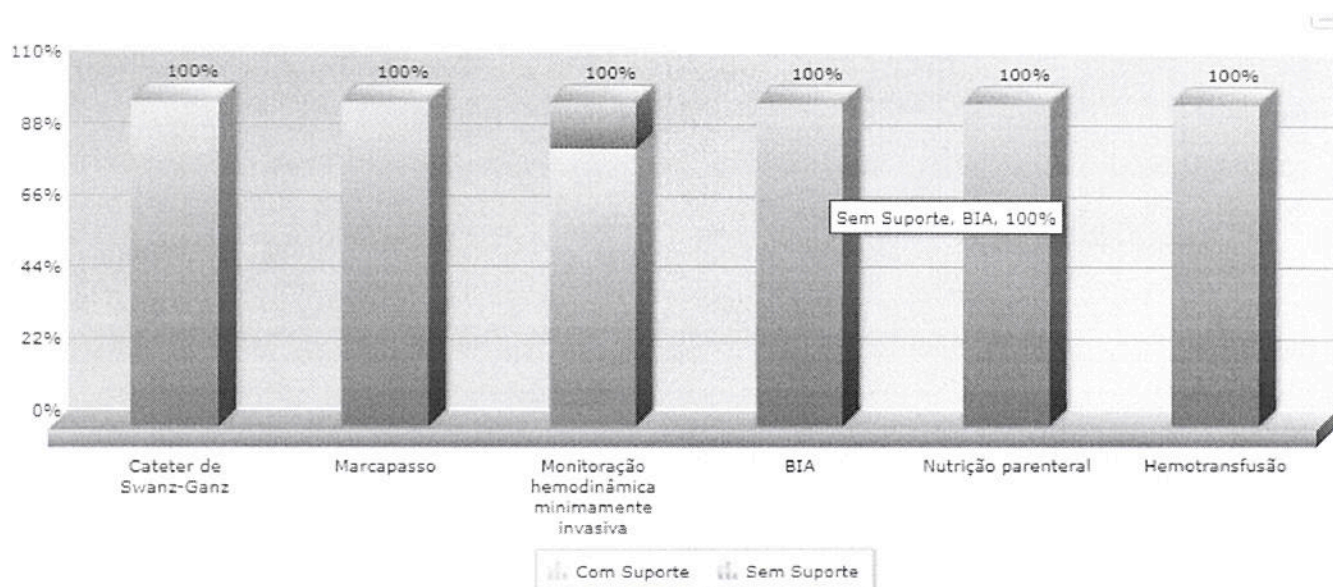
DIAGNÓSTICOS PRINCIPAIS



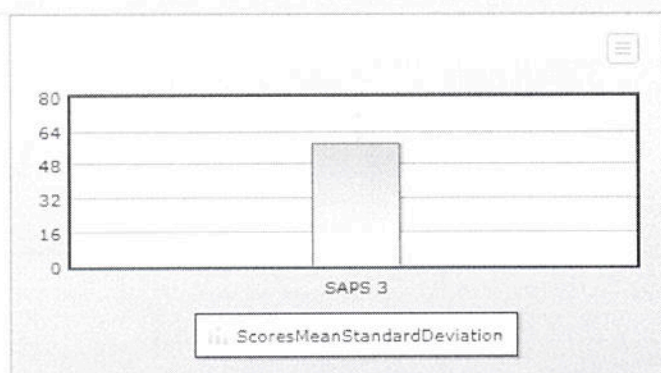
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO I



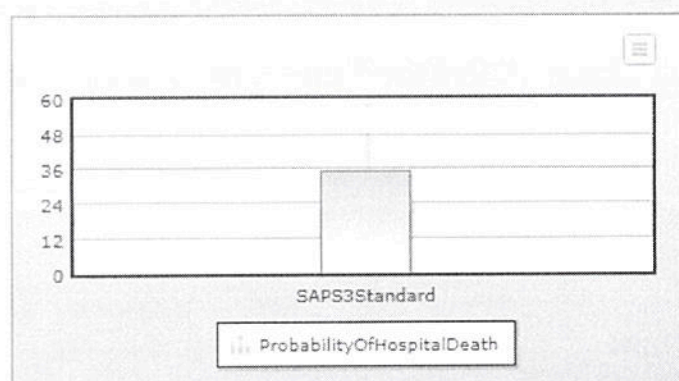
MEDIDAS DE SUPORTE INVASIVO II



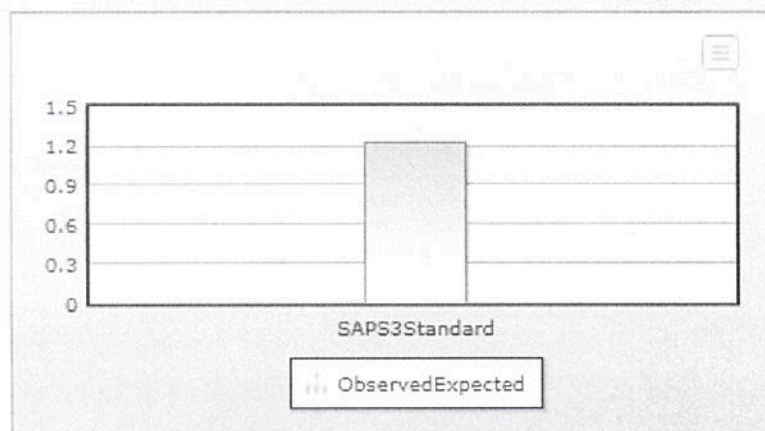
SCORES DE PROGNÓSTICO – PONTUAÇÕES



SCORES DE PROGNÓSTICOS – PROBABILIDADE DE ÓBITO



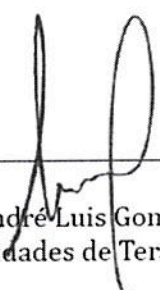
SCORES DE PROGNÓSTICOS – TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA PARA CADA SCORE



Considerações sobre a aquisição dos dados

Para obter os dados da prestação de resultados, utilizamos o sistema de monitorização sugerido pela AMIB, Epimed. Esse sistema capta informações em tempo real de internações, altas e intercorrências, portanto, pode apresentar discrepâncias discretas dos valores obtidos através do NI. Para demonstrar a veracidade dos dados, segue em anexo o relatório em PDF emitido pela Epimed.

Sem outro assunto por hora, subscrevemo-nos com muita estima.



Dr André Luis Gomes
Diretor Médico das Unidades de Terapia Intensiva